

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Diaraye Baldé

Překážky ve spolupráci zákonných zástupců v Krajské adiktologické ambulanci a poradně pro děti a dorost

Obstacles in Cooperation With Legal Representatives at Regional Ambulance
for Addictions in Children and Youth

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce : Mgr. et Mgr. Jarmila Tolimatová

Praha
2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze

jméno a příjmení

.....

Seznam zkratk:

KAAPDD – Krajská adiktologická ambulance a poradna pro děti a dorost

OM- Operační manuál

T – tazatel

R - respondent

Identifikační záznam

BALDÉ, Diaraye. Překážky ve spolupráci zákonných zástupců v Krajské adiktologické ambulanci a poradně pro děti a dorost. *[Obstacles in cooperation with legal representatives at Regional ambulance for addictions in children and youth]*. Praha. 2019. 65, stran 1 příloha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie¹. LF UK. Vedoucí závěrečné práce, Mgr. et Mgr. Jarmila Tolimatová.

Poděkování

Děkuji Mgr. et Mgr. Jarmile Tolimatové, za laskavé a trpělivé vedení diplomové práce a cenné rady při jejím sepsání.

Abstrakt:

Východiska: Teorie a výzkumy dokazují, že zapojení rodiny do léčby má pozitivní vliv na profit mladistvého z léčby. Přimět zákonné zástupce, aby na léčebném procesu participovali, je ale výzvou pro odborníky. Motivace členů k účasti na léčbě v jejím procesu kolísá. Vliv má dobrovolnost léčby, či nařízení třetí stranou. I když je v Krajské adiktologické ambulanci a poradně pro děti a dorost spolupráce zákonných zástupců podmínkou léčby, tak je obtížné je ke kooperaci motivovat.

Cíl: Cílem je zjistit, jak zákonní zástupci dětských klientů vnímají spolupráci s KAAPDD, kde shledávají překážky lepší spolupráce a jak vnímají vlastní roli na procesu údravy dítěte.

Metody: Pro realizaci výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup. S respondenty bylo vedeno polo-strukturované interview a provedena interpretace dat z karet a UniDat. Jako metoda tvorby dat byla zvolena metoda zachycení vzorců. Data byla sbírána v období 05/18 – 11/18.

Výsledky: Z výzkumu vyšlo najevo, že pro zákonné zástupce je hlavním motivačním prvkem moment krize, kdy si sami neví s náročnou situací rady. V KAAPDD dostanou potřebné informace a podporu. Největší překážky se ukázaly být praktické – vzdálenost, obtížná dostupnost, nemožnost nechat si pohlídat malé dítě či dlouhá pracovní doba zákonných zástupců. Vzhledem k nízkému věku svých dětí/svěřenců vidí svou roli v léčbě jako důležitou, ale uvědomují si odpovědnost za proces u svého potomka.

Závěry: Mezi doporučení, která vzešla z výzkumu, lze zařadit: odstranění praktických překážek (zvýšení viditelnosti ambulance, projekt na hlídání dětí), zaměření na bližší zkoumání zákonných zástupců klientů, kteří méně spolupracují, snaha dopomoci jim saturovat vybrané potřeby a řešit i další náročné obtíže – jako např. psychiatrická onemocnění, se kterými se potýkají.

Klíčová slova:

práce s rodinou – rodinná terapie – motivace – spolupráce – adiktologická ambulance

Abstract:

Background: Theory and research declares that family members engagement in adolescent treatment has positive impact on treatment outcomes. To get the families engaged is quite challenging for professionals in addiction treatment services. Motivation of individual members fluctuates a lot. The impact on treatment is due to the voluntariness of treatment or recommendation of a third side. Even though engagement of legal representatives is declared condition of treatment in Regional Ambulance for Addictions in Children and Youth, it is complicated to motivate them for cooperation.

Aims: The aim of the thesis is to find out how the legal representatives perceive cooperation with outpatient services, if they perceive any obstacles in getting more involved and to find out, what is their view on adolescent's profit from treatment.

Methods: For the research a qualitative approach was used in the form of semi-structured interview and interpretation of the data from client files and UniData program. Data collection took place during 05/18-11/18. For the data analysis the method of Gestalts was used.

Results: Thesis has shown that the main motivational element was some crisis of legal representatives, when they didn't know how to solve demanding situation. The main obstacles are the technical ones like distance of outpatient services, difficult accessibility, impossibility of babysitting their small children, long working hours. Due to the low age of their children they perceive the importance of their own cooperation, but the main responsibility lies on their kids.

Conclusion: The main recommendation is to remove practical obstacles – get to know better where the ambulance is, write a project for babysitting. Do more research about problematic clients who are less engaged. Focus at all difficult problems at one time. Try to help them to find for example psychiatric help for themselves.

Key words:

family based treatment – family therapy – motivation – engagement – addiction
ambulance

OBSAH

I. ÚVOD	13
II. TEORETICKÁ ČÁST	15
1 Práce s rodinou	15
1.1 Způsoby práce s rodinou	15
1.2 Jiné způsoby práce s rodinou.....	16
1.3 Principy práce s rodinou	17
1.4 Zapojení rodiny do léčby	18
1.5 Výhody zapojení rodiny do léčby.....	19
2 Rodinná terapie	21
2.1 Rodinná terapie obecně.....	21
2.2 Indikace/kontraindikace rodinné terapie.....	24
2.3 Závislost v rodině a homeostáza	25
3 Motivace a motivační rozhovory	29
3.1 Motivace	29
3.2 Motivační rozhovory	30
3.3 Připravenost ke změně	34
4 Ambulantní léčba v KAAPDD.....	34
4.1 Adiktologická ambulantní léčba.....	34
4.2 Krajská adiktologická ambulance a poradna pro děti a dorost.....	35
4.3 Úloha adiktologa v Krajské adiktologické ambulanci a poradně pro děti a dorost.....	35
4.4 Spolupráce v Krajské adiktologické ambulanci a poradně pro děti a dorost..	36
III. VÝZKUMNÁ ČÁST	37
5 Formulace výzkumných cílů.....	38
6 Popis metodologického rámce a metod	38
6.1 Výzkumný soubor.....	38
6.2 Metoda získávání dat.....	39
6.3 Metoda analýzy dat.....	42
7 Etické aspekty práce	43
8 Výsledky a interpretace výsledků.....	43
8.1 Přehled služeb využitých zákonnými zástupci v období květen až listopad 2018	43
8.2 Základní demografická data respondentů účastnících se výzkumu.....	44
8.3 Vyhodnocení rozhovorů se zákonnými zástupci.....	47
9 Vyhodnocení cílů práce.....	57
IV. DISKUZE.....	59
V. ZÁVĚR	61
VII. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	63
VI. SEZNAM PŘÍLOH.....	67

I. ÚVOD

Tato práce se věnuje tématu překážek ve spolupráci zákonných zástupců v Krajské adiktologické ambulanci a poradně pro děti a dorost (dále KAAPDD). Dětská adiktologie je v České republice rozvíjejícím se oborem. Problematika léčby dětí a mladistvých ohrožených závislostním chováním je specifická tím, že nemůžeme dítě vyjmout ze systému, ve kterém žije př. rodina, dětský domov. Tato cílová skupina bývá závislá na svých zákonných zástupcích. Odborníky je u této klientely výrazně doporučeno spolupracovat i s rodinou a širším okolím. Rodina může nést podíl na vzniku a udržování závislosti. Může to být dáno problémovým chováním v rodině, spoluzávislostí členů rodiny, charakteristikou rodičů, nesplněným vývojovým úkolem a dalšími skutečnostmi. Z pohledu systémové teorie, se kterým pracuje rodinná terapie, je symptom problémového jedince projevem narušených interpersonálních vztahů uvnitř rodiny. Cílem terapie je tyto vztahy změnit. Je zkoumán význam, který symptom pro danou rodinu má. Rodinný systém se ale snaží udržet si svou homeostázi a vynakládá na to velké úsilí. Děti a mladiství, jejichž rodiče jsou zapojeni do léčby, jsou aktivnější a déle v léčbě setrvávají. Méně se sdružují s problémovými vrstevníky a snižuje se počet recidiv. Zapojení rodiny do léčby je ale často velmi komplikované. Rodiny závislých mívají mnoho problémů, proto je potřeba řešit i další obtíže přidružené k závislosti. Rodiče přichází do ambulance často po několika neúspěšných pokusech v jiných službách. Mohou být vyčerpaní a skeptičtí. U členů rodiny existuje různá míra motivace pro zapojení do léčby, která může být v mnoha případech nižší než u identifikovaného problémového klienta. Z pohledu motivačních rozhovorů nemotivovaný klient neexistuje. Může se pohybovat v takové fázi na kole změny, kde ještě o změnu nestojí. Je úkolem pomáhajícího profesionála ho posunout do stádia, kde je schopen akce. V tomto okamžiku se často mnoho terapeutů a poradců vzdává.

Jelikož pracuji v Krajské adiktologické ambulanci a poradně pro děti a dorost na pozici adiktoložky, je mi zvolené téma blízké. Pravidelně se setkáváme s tím, že nám zákonní zástupci nebo rodiče dovedou svého potomka, u kterého se rychle dožadují změny, ale sami jsou málo ochotni spolupracovat. I přes to, že jsou v počátku léčby dětských a mladistvých klientů nemotivovaní, stává se v průběhu času paradoxně to, že s námi spolupracují víc, než jejich zákonní zástupci. Často dochází k potížím hlavně v docházce mladistvých a v nastavení hranic a pravidel, ve kterých u zákonných

zástupců nemáme podporu, ve stagnaci vztahů a komunikace mezi dětmi a jejich zákonnými zástupci a při odkazování do rezidenčních zařízení. Docházka rodičů patří k podmínkám léčby, ale rodiče tuto podmínku často nerespektují. Touto prací se snažím identifikovat, jaké překážky mohou stát v cestě ke spolupráci s ambulancí. Chci zjistit, jestli můžeme provést opatření, která by tuto spolupráci usnadnila.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Práce s rodinou

1.1 Způsoby práce s rodinou

Současné přístupy práce s rodinami závislých adolescentů pracují s rozličnými jednotkami.

Lze zvolit multidimenzionální přístup, do kterého je zahrnut problémový adolescent, jeho rodiče a sourozenci, širší rodina, přátelé a sociální okolí. Terapeut se zaměřuje především na adolescenta, rodiče, interakce mezi jednotlivými členy a styl komunikace. Důležitým zdrojem informací a prostorem pro další motivaci ke spolupráci je úvodní sezení. Terapeut se nejdříve zaměřuje na nejsnáze dosažitelné cíle, které lze podniknout směrem k adaptivnějšímu chování. Tato setkání lze provádět přímo v rodinách. Terapeuta zajímá životní příběh adolescenta, který mu osobně sdělí. Z toho zjistí něco o rodinné historii, postoji k užívání návykových látek a historii jejich užívání, o škole, přátelích, problémech se zákonem a dalších událostech, které považuje za důležité. Terapeut potřebuje také zjistit něco o prostředí, ve kterém se adolescent pohybuje – kde a s kým bere drogy, kde žije přátelé. Od rodičů pozoruje zvládání výchovy. Zajímá se také o zvládání dalších životních rolí mimo roli rodičovskou. Důležitým bodem jsou výchovné praktiky. Terapeut se zajímá o zdroje podpory, které mají v okolí. Zda se v něm nachází někdo, kdo jim může s péčí o dítě pomoci. Další informace, které je třeba zjistit se týkají rodinné historie rodičů. Jak vnímali své dětství a jak byli vychováni. Do terapie mohou být zahrnuti i přátelé, kteří jsou pro adolescenty důležití (Liddle, 2013).

Léčba zaměřená na adolescenta se soustředí hlavně na vytvoření aliance s adolescentem. Volí se terapeutické cíle, které jsou důležité pro adolescenta. Řešení se zaměřuje na vytvoření alternativ užívání návykových látek a delikvence. Řídí se hodnotami a vnímáním života adolescentem. Během těchto individuálních sezení se může mladistvý připravovat na společná sezení s rodinou (tamtéž).

Při zaměření na rodiče musí terapeut respektovat, že přichází jako osoby s individuálními obtížemi a potřebami, ale také jako rodiče, kteří mají víru v pozitivní ovlivnění svého potomka. Terapeut posiluje pocity rodičovské lásky a emocionálního spojení s jejich dítětem, podtrhuje předešlé úspěchy a vyjadřuje pochopení pro strasti, které se svým dítětem prožili. Snaží se v nich především probudit víru v uzdravu. Pracuje na zvyšování ochoty porozumět úhlu pohledu dítěte, zlepšení vztahu rodič-

dítě a zlepšení rodičovských strategií. Terapeut se snaží podnítit konverzaci mezi rodičem a dítětem. Cílem je i naslouchání mladistvému. Také podporuje změnu domácího prostředí. Terapeut se snaží rodiči objasnit úskalí dospívání. Rodič by si měl uvědomit svou úlohu, kterou hraje v úzdavě dítěte. Měl by se snažit porozumět obtížím mladistvého (Liddle, 2013).

Při modelu léčby zaměřeném na interakci mezi rodičem a dítětem se snaží terapeut obohatit repertoár reakcí a chování. Podporuje je, aby vyjadřovali své pocity a aby řešili problémy novými způsoby. Přístup terapeuta je aktivní. Přistupuje ke klientům citlivě. Na tato sezení a náročná témata se mohou rodič a dítě připravit zvlášť během individuálních sezení (tamtéž).

Posledním ze způsobů, který Liddle (2013) zmiňuje, je napojení rodiny na její širší sociální okolí. Může to být síť pomoci, nebo rozvinutí spolupráce se školou, či probační a mediační službou. Rodiče bývají zahlceni a potřebují ke zdárnému provedení změny pomoc zvnější. Tím, že terapeut pomůže zprostředkovat kontakt s dalšími institucemi, se snižuje stres rodičů a mají tak vyšší kapacitu spolupracovat na změně.

1.2 Jiné způsoby práce s rodinou

Každá práce s rodinou nemusí vždy nutně znamenat rodinnou terapii. Matoušek, Pazlarová et al., (2014) popisují přístup nazývaný podpora rodiny. Nezabývá se jen rodinným fungováním, ale i vazbami na její širší okolí. Mimo odborníků využívá další dostupné osoby jako např. širší rodinu, dobrovolníky, profesionály mimo pomáhající profese. Tento druh péče využívají především rodiny, které jsou postiženy rozličnými druhy problémů, jako např. absence příjmů, jídla, členové rodiny závislí na návykových látkách, dospělí zanedbávající potřeby dětí. Vychází z toho, že rodina má potenciál k řešení svých problémů, ale ne vždy se ho musí podařit aktivovat. Práci je vhodné začít tam, kde sama rodina vnímá problém. Pomáhající profesionál by měl být partnerem rodiny, ale je vhodné, aby v některých případech vystupoval jako autorita. Pracovník by měl mít znalosti týkající se těchto oblastí: relevantní legislativy, řešení dluhů, bytové problematiky, nároků na dávky, zaměstnání dospělých, školních problémů dětí, poruch duševního zdraví dospělých a dětí, závislostí, komunikace a řešení sporů, domácího násilí, výchovy dětí, vedení domácnosti (Matoušek, Pazlarová et al., 2014).

Další možnost, jak pracovat s rodinami popisuje Insoo Kim Berg (2013). Je to na rodinu zaměřená služba (family based therapy). Cílem intervence je péče o celou rodinu, místo oddělené péče o děti a rodiče. Je dokázáno, že i týrané děti chtějí z ústavní péče domů za svými rodiči. Pracovníci mají často tendence ochránit děti před špatnými rodiči.

Problém vidí v tom, že jsou rodiče obviňováni a označováni za viníky. Je jim nařizováno, co všechno musí splnit, např. najít si práci, přestat brát drogy. Tento postoj v nich často vzbuzuje nechuť spolupracovat. Proto je vhodnější pracovat s rodinou jako celkem. Práce je krátkodobá, intenzivní a zaměřená na cíl. Pracuje se v týmu. Každému pracovníkovi je určený určitý počet klientů. Často probíhají týmové porady. Základní služby mohou být rozšířeny o specializovanou pomoc např. v případě závislostního chování, zneužívání. Každé rodině je intervence dělana na míru (tamtéž).

1.3 Principy práce s rodinou

Jsou určité principy, které se při práci s rodinou dodržují. Terapeut by měl mít patřičný psychoterapeutický výcvik a pracovat pod supervizí. Měl by věnovat přiměřenou pozornost všem členům rodiny – z pozice systemiky se jedná o pojem neutralita. Terapeut by měl být nekritický a nehodnotící. I přes absolvovaný výcvik si terapeut zachovává svou autenticitu a tvoří svůj osobitý způsob práce. Jako výhodné se ukazuje, když pracují terapeuti ve dvojici – obvykle muž a žena (Sirius, o.p.s., © 2016).

Skorunka (2016) zmiňuje, že terapeut musí disponovat určitými dovednostmi, aby se rodinné terapii mohl věnovat. Musí mít patřičné teoretické znalosti, které získá během studií a dalšího vzdělávání. V rodinné terapii je těchto terapeutických podkladů velké množství. Musí disponovat schopností pozorovat a vnímat, co se v terapii odehrává. Zároveň musí umět reflektovat své úvahy a prožitky, které se během terapie vynořují. Musí umět správně aplikovat terapeutické intervence a nástroje. Musí pozorovat posun v terapii a jakou roli v něm hraje jeho vlastní působení. Musí dbát etických a profesních standardů předepsaných danou odbornou společností. Musí správně rozvíjet hypotézy o rodině a dle nich diagnostikovat.

Uvádí také, že osoba terapeuta je významným faktorem a úzce se váže s navázáním a rozvíjením terapeutického vztahu. Každý terapeut má svůj osobitý

terapeutický styl a vlastní životní historii. Z té vycházejí tendence k určitému druhu citové vazby. Terapeut je samostatná osobnost, která má vlastní očekávání, potřeby, motivaci a různou míru zranitelnosti. Těchto faktorů si musí být vědom, aby nenarušovaly jeho práci. Tomu dopomáhá sebezkušenostní výcvik a supervize.

Haley (1978) navíc vidí jako důležité, aby se terapeut soustředil na přítomnost, která je hlavní kauzální faktor a proces, který je třeba změnit. Také aby se viděl jako součást systému. Minuchin (1999) mimo jiné zmiňuje, že i když někdy vypadá práce s klienty jako beznadějná, musí se terapeut snažit najít motivaci, aby našel v systému něco pozitivního.

1.4 Zapojení rodiny do léčby

Přimět rodinné příslušníky, aby se účastnili rodinné terapie, je velmi často výzvou pro pomáhající profesionály. Většinou jde o rodiny, které mají mnoho problémů. Proto je potřeba zaměřit se na všechny tyto problémové oblasti a nabídnout různé formy pomoci. Klienti, kteří jsou ve spolupráci na rodinné terapii nekonzistentní a předčasně opouští léčbu, nedosahují léčebných cílů. Zapojení rodiny je komplexní a zásadní komponenta v terapii adolescentů. Klienti, jenž jsou do léčby zapojeni, mají silnější pouto s terapeutem, dosahují léčebných cílů a více do léčby investují. Často se objevují překážky, kvůli kterým se rodina nezapojuje. Je to např. – pracovní doba rodičů, nedostatek financí, vzdálenost ordinace, malé finanční zdroje a obtíže s péčí o děti (Thompson et al., 2009).

Práce s rodinou je náročná. Mimo jiné je to dáno rozdílnou ochotou a motivací ke změně – tzv. připravenost ke změně. Ochota a motivace ke změně motivují očekávání, které rodina od terapie má. To může být formováno tím, kdo rodinu do terapie doporučuje. Jiný vliv má na navázání spolupráce iniciace od člena rodiny a jiný, pokud doporučí terapii třetí strana jako např. OSPOD (Skorunka, 2016).

Vliv na zapojení rodiny do terapie může mít i hierarchie v rodině, původ rodiny a celková ochota se měnit. To, že je ke změně odhodlán závislý, neznamená, že je ke změně odhodlaná celá rodina. Velmi často je mnohem těžší motivovat ke spolupráci rodinu, než jejího problémového člena. Jedním z důvodů může být i strach z odhalení nějakého nežádoucího chování, jako je např. sexuální zneužívání, nebo nezákonná aktivita. V tomto případě musí terapeut ihned v počátku jasně vymezit své zákonné povinnosti, jako je povinnost ohlašovací (Kauffman & Yoshioka, 2004).

Jiný pohled na překážky v zapojení vidí Gjuričová a Kubička (2003). Rodiče jsou často řešením problému unavení. Přicházejí často bezradní. Mají mnoho příhod, které dokazují, že je jejich dítě neposlušná. Jsou zásobováni spoustou nevydařených postupů. Od terapeuta čekají často něco velmi odlišného a jsou zklamaní, když se jim těchto radikálně rozdílných rad nedostane.

Chvála a Trapková (2014) píší, že rozhodující je první setkání s rodinou. Při tomto setkání zejména:

- *„mapuje kontext ,*
- *navazuje autentický kontakt s každým členem rodiny*
- *monitoruje a vztahuje se ke vztahům v rodině ,*
- *využívá self-terapeutické reflexe vlastních prožitků ve vztahu k rodinnému tématu (v psychoanalytickém slovníku práce s protipřenosem),*
- *podstatný je neustálý důraz na neobviňující přístup – na spolupráci místo kompetitivního tlaku na výkon, snahy o vyřešení „problému/“opravu“ či „léčbu“ jedince za každou cenu bez ohledu na kontext. Výhodná je znalost a dovednost práce s externalizací a užívání externalizačního jazyka od samého počátku ,*
- *domluva o žádoucím cíli terapie podle každého člena rodiny a práce s rozdíly mezi očekáváním jednotlivých členů rodiny,*
- *zajištění settingu (termíny, sestava, v jaké se budeme setkávat...) v Případně úkoly pro jednotlivé členy. “ (Chvála & Trapková, 2014, pp. 32).*

1.5 Výhody zapojení rodiny do léčby

Je známo, že narušené vztahy uvnitř rodiny mají zásadní vliv na vznik závislosti i na její léčbu. Intervence v rodinné terapii se zaměřují na změny v rodině jako např. posílení rodičovských kompetencí, řešení problémů, změnu prostředí. Když se do léčby zapojí všichni členové rodiny, může se zlepšit komunikace a mohou zmizet rodinná tajemství, která mladistvému znemožňují abstinenci (SAMHSA, 1999).

Spolupráce rodiny je důležitá při zapojení mladistvého klienta do léčby a přispívá jeho udržení v léčbě. Snižuje také problémové chování a mladiství mají nižší tendenci se dávat dohromady s problémovými vrstevníky. Zapojení rodiny do léčby také snižuje množství recidiv. Čím vyšší je počet sezení, které s mladistvým a rodinou proběhnou, tím vyšší je úspěšnost v léčbě. Rodinná terapie má vliv i na vztahy s vrstevníky. Své přínosy má rodinná terapie pro celou rodinu, ne jen pro

problémového adolescenta. Posílení rodiny spočívá ve vytvoření rodinné aliance s důvěrnými vztahy. Tato aliance také pomáhá spolupráci s terapeutem, přijímání jeho doporučení a změně životního stylu všech členů (Want, 2013).

Nejlépších výsledků v léčbě je dosaženo u těch mladistvých, kde jsou naplněna tato kritéria: interpersonální dovednosti poradce, schopnost působit na klienta, ochota mladistvého účastnit se léčby a ochota rodičů účastnit se léčby, zapojení mladistvého do léčby a zapojení rodiče do léčby (Karver et. al., 2006).

Haine-Schlagel & Walsh (2015) se ve svém přehledovém článku věnovali rozboru dvaceti tří prací zabývajících se zapojení rodičů/zákonných zástupců do léčby v oblasti duševního zdraví. Bylo zjištěno, že aktivní účast rodičů/zákonných zástupců měla pozitivní vliv na léčbu deprese, úzkosti, poruch příjmu potravy a zneužívání návykových látek. Rodinný kontext má vliv na léčbu dítěte i bez ohledu na to, zda je zapojeno do rodinné terapie, nebo zda se s ním pracuje samostatně – bez ohledu na zvolenou metodu práce. Jako klíčový prvek léčby se ukázalo pokračování v léčebných intervencích v prostředí domova včetně změny rodičovských kompetencí, pokračování v hraní rolí, podpora a pochvala dítěte ohledně dosažených změn. Bez ohledu na benefity, které spolupráce rodičů/zákonných zástupců přináší, čelí otázce, zda se do léčby zapojit. Hlavním důvodem odmítnutí spolupráce je strach z odsouzení, nevyslechnutí terapeutem, nedůvěra v léčebný systém. Faktory, které mají největší vliv na udržení dítěte v léčbě jsou pohlaví, stupeň léčby, rasa/etnický původ. Na straně rodičů/zákonných zástupců je to vlastní psychopatologie, stres, rodič-samoživitel, disciplína v dodržování rodičovských kompetencí, motivace a interakce v rodině. Velmi málo pozornosti bylo věnováno překážkám na straně poskytovatelů a služeb a jejich filosofii. Strategie, které mohou být nápomocné ze strany pracovníků, jsou jistota pracovníků ve využití pracovních postupů, zhodnocení překážek bránících vstupu do léčby, nastavení očekávání, řešení problémů, posílení rodičovských kompetencí, psychoedukace a využití peerů při zapojení rodičů/zákonných zástupců do léčby, budování vztahu.

2 Rodinná terapie

2.1 Rodinná terapie obecně

Rodinná terapie je specifická svým rozdílným nazíráním na vznik a význam symptomatologického chování. Práce terapeutů vycházela jak z individuální práce s jedinci, tak i ze systémové teorie (Kalina, 2003).

Justen-Horsten (2004) uvádí, že je rodinná terapie poměrně mladým psychoterapeutickým směrem. Počátek se datuje do 50. let 20. století. U zrodu nestál jeden zakladatel, na jehož teoretickém základě by byla tato terapie vystavěna. Vznikala souhrou mnoha osob, na různých místech v přibližně ve stejném období. V USA se rodinná terapie rozvíjela např. ve střediscích ve Filadelfii, New Yorku, Bostonu a San Francisku. V Evropě se začaly základní myšlenky prosazovat v 70. letech 20. století. Rodinná terapie se vyvinula z konfrontace s psychoanalýzou. Vznikala na základě několika faktorů.

Jedním z nich je výrazná změna rodinných struktur. Přibývalo rozvodů, rodičů samoživitelů, starší generace nenalézaly ve svých rodinách oporu, děti odcházeli z domova dřív, než byly připraveny na výkon povolání. Klíčové oblasti duševního rozvoje jako emocionalita a intimita se tvoří v rodině. Ta je místem, kde se citové konflikty utvářejí. Bylo vypořádováno, že rodina je ideálním cílem terapeutických intervencí (tamtéž).

Psychoterapeuti zjistili, že zákroky jako např. posilování sebejistoty, které proběhly v rámci individuálních sezení, vedly ke krizím v sociálních vztazích jejich klientů. Při sezeních byli konfrontováni pouze s popisem partnerů, nebo rodinných příslušníků skrze pohled jejich pacientů. Když byl partner přizván na sezení, vznikl úplně jiný pohled na vztah, ve kterém pacient byl. Zapojení vztahově důležitých osob do terapie výrazně přispělo ke zlepšení individuální problematiky (tamtéž).

Ke vzniku rodinné terapie přispěla konfrontace s vědeckými výzkumy. Byla zjištěna souvislost mezi rodinnou dynamikou a rozvojem schizofrenie. K jejímu vzniku přispívá taková socializace, jejíž hlavní rysy jsou rozpolcenost, odcizení mezi rodiči, zdánlivá harmonie, kdy jsou ale všichni členové podrobeni vůli jednoho z rodičů. Podstatnou poruchou komunikace je tzv. dvojná vazba – obsah toho, co je řečeno, nekoresponduje se vztahovou rovinou (vyjádřeno např. mimikou). Těžištěm rodinné terapie byla na počátku psychiatrie. Psychoanalýza do 50. let předpokládala, že je schizofrenie neléčitelná. Hledala se nějaká forma její léčby (Justen-Horsten, 2004).

Další aspekt spadá do teorie poznání. Jde o překonání lineární kauzality. Systemická terapie pokládá za ústřední otázku „Jak?“. Začal být kladen větší důraz na cirkularitu.

Cílem systemických intervencí je nalézat řešení, ne přijít na povahu daného problému. Předpokládá se, že pacient už věnoval spoustu energie přemítání o tom, proč u něj daná porucha propukla. To většinou nevedlo k vyřešení nesnází. Někdy se dokonce mohlo stát pátrání po příčinách hlavní náplní myšlení (Justen-Horsten, 2004).

Jak ve své knize uvádí Langmaier, Balcar a Špitz (1989), ve středu zájmu stojí vždy celá rodina – všichni narušení i zdraví členové. Předpokladem je, že symptomy problémového jedince jsou projevem interpersonálních vztahů uvnitř rodiny. Cílem terapie je tyto vztahy změnit. „*Chorobné příznaky jednotlivých členů rodiny nevznikají výlučně na individuálním podkladu, ale objevují se, berou na sebe specifickou podobu, udržují se a v příznivém případě mizí v rámci sociálních vztahů v rodině* (Langmaier, Balcar & Špitz, 1989, pp. 123).“

Symptomatika je zařazena do kontextu a je nahlížen její význam, který má pro rodinný systém a širší sociální okolí. Změna vztahů, komunikace a kontextu předchází změně symptomů. Rodinná terapie se rozděluje do několika škol a směrů (Kalina, 2003).

Ve svém článku Chvála a Trapková (2014) zmiňují, že lze školy rodinné terapie rozdělit do tří hlavních skupin. První z nich předpokládá, že obtíže vychází z narušené komunikace mezi členy rodiny. Cílem terapie je najít vhodnější a zdravější vzorce interakce v rodině. Druhá škola vidí jako určující pro fungování v rodině systém různých přesvědčení a rodinných příběhů. Z těch nadále vycházejí rodinné interakce. Terapie se snaží pravidla změnit, příběhy převyprávět. Poslední ze škol se zaměřuje na historické kontexty obtíží. Jednotliví členové pochází z určitých systémů, které je predisponovali k tomu, aby přejali určité přesvědčení.

Kalina, (2003) zmiňuje pět hlavních škol rodinné terapie – strukturální rodinná terapie, vícegenerační koncept, humanistická rodinná terapie, strategická rodinná terapie, systemicko – kybernetická rodinná terapie.

Zakladatelem strukturální rodinné terapie byl Salvador Minuchin. Struktura rodiny je popisována z pohledu bariér mezi jednotlivými členy rodiny, ale i mezi generacemi. Operuje s pojmy jako jsou koalice a aliance. Jako patologická je nahlížena příliš silná vazba jednoho dítěte s rodičem proti zbytku rodiny – nazývá se

koalicí. Terapeut se připojuje k rodině individuálním zájmem o jednotlivé členy rodiny a respektováním její přirozené hierarchie. Zkoumá, jak v dané rodině věci fungují a nabízí funkčnější alternativy. Cílem je napravit abnormální struktury (Gjuričová & Kubička, 2009).

Za nejdůležitějšího zástupce strategické rodinné terapie je považován Jay Halley. V tomto směru na sebe terapeut bere přímo zodpovědnost za to, co se v rodině děje. Postupnými malými změnami se mění patologické uspořádání směrem k normálnější organizaci rodiny. Terapeutické techniky, které užívá, jsou přerámování a paradoxní intervence. Strategická terapie lze využít v rodinách, kde je jasně definovaný problém (Gjuričová & Kubička, 2009).

V 70. letech se objevuje Milánská škola rodinné terapie spojená např. se jmény - Mara Selvini – Palazzoli, Gianfranco Cecchin. Vychází z předpokladu, že psychika je sociální. Symptom je zařazen do kontextu transakcí, které v rodině probíhají. Účastníci sociální situace jako je např. rodina tvoří svou vlastní sociální skutečnost. Během komunikace dávají členové rodiny významy různým druhům chování a událostí, které je spojují. Symptomy se dají změnit obměnou pravidel a přesvědčení. Milánská škola využívá cirkulární dotazování na základě kterého utváří systemické hypotézy. Ta vysvětluje roli symptomu v rodině. Terapeut dodržuje princip neutrality. Terapeutické sezení se skládalo z pěti částí – porada týmu před začátkem sezení, práce terapeuta nebo terapeutické dvojice s rodinou, kterou tým sleduje za dvoucestným zrcadlem, porada týmu, intervence, závěrečná porada týmu. Ne všechna pracoviště si můžou dovolit pracovat tímto způsobem (Gjuričová & Kubička, 2009).

Humanistická terapie je spojena se jménem Virginie Satirové. Ta byla spíše průkopnická praxe, než teorie. Klíčové koncepty v tomto druhu terapie jsou sebeúcta a komunikace. Dala základ novému směru – Modelu růstu. Je to způsob komunikace se sebou i ostatními. Klíčové pojmy jsou sebeúcta a kongruence. Kongruence je charakterizována - vděkem za vlastní jedinečnost, volným tokem osobní a mezi osobní energie, nárokem na vlastní osobitost, ochotou důvěřovat sobě i ostatním, užíváním svých vnitřních zdrojů i zdrojů vnějších, ochota riskovat a být zranitelný, otevřeností k intimitě, svobodou být sám sebou a schopností akceptovat druhé, láskou k sobě i druhým, pružností a otevřeností ke změně (Holubová, © 2013).

Děti na svět přichází v rovnovážném stavu a komunikují jasně př. brečí, když mají hlad. Sebeobraz se tvoří ještě před tím, než se začneme verbálně vyjadřovat př. tónem hlasu, doteky. Tvoříme si vlastní interpretace toho, co mluvčí sděluje. Poté, co začneme mluvit, nás lidé ovlivňují mnohem více. Komunikace má složku verbální a neverbální. Nesoulad mezi těmito dvěma se nazývá nekongruentní komunikace. Můžou vznikat pravidla dvojúrovňové rodinné komunikace jako např. „Dobří lidé se nezlobí“ – nemožnost projevit vztek, i když se cítíme naštvaní. Lidé ukazují pouze část svého já. To, jak se vypořádáváme se situacemi je dáno tím, jaký ze sebe máme pocit (Holubová, © 2013).

Transgeneračním přístupem v rodinné terapii se zabýval I. Boszormenyi-Nagy. Ten zastává tezi, že pro přenos mezi generacemi jsou mnohem důležitější vztahové vazby, než komunikační modely. „*Musíme mít na paměti, že jedincovy potřeby obsahují v kondenzované podobě i nevyřešené vztahové aspekty jeho původního rodinného systému* (Tóthová, 2011, pp. 27).“ Kladl důraz na transgenerační vztahovou etiku. Pokud se nevyrovnají rodinné účty v původní rodině, znamenají potenciaální hrozbu pro budoucí generaci. Hlavní mechanismy existenciálně-etické dimenze jsou vzájemná důvěra, vzájemná oddanost členů rodiny a soudržnost (Tóthová, 2011).

2.2 Indikace/kontraindikace rodinné terapie

Jak ve své publikaci zmiňuje Kalina (2003), patří mezi zásadní indikace k rodinné terapii nízký věk a nezralost klienta. Účast rodičů by se měla považovat u adolescentních klientů za jednu z podmínek účasti na programu. Jako žádoucí se osvědčila rodinná terapie i tam, kde je člen rodiny příliš zapleten do rodinných sporů. Přihlíží se také k současnému stavu v rodině, stupni separace a potenciálu, který má vztah klienta s rodinou.

Důvody, proč je u dětí důležité zapojit rodiče, vysvětluje Broža (2008). Dětská klientela je specifická svou závislostí na rodičích. Rodina má na děti významný vliv. Proto je potřeba do léčby zahrnout celý systém – tedy rodinu.

Za nositele problému může být označeno dítě a rodiče často nevidí důvod, proč by se měli v léčbě sami angažovat. Tam, kde se rodinný systém podaří do léčby zahrnout, je větší naděje na úspěch. Pokud je odpovědnost přenechána pouze odborníkovi, jeví se po delší době spolupráce beznadějně. Když se dítě vrátí do

prostředí, ve kterém se žádná změna neudála, vrací se pod tlakem okolí k původním vzorcům chování (tamtéž).

Rodinná terapie nemá smysl tam, kde není rodina ke spolupráci motivovaná. Motivaci ale může změnit taková situace, jako je krize v rodině.

Dle Langmaiera, Balcara a Špitze (1989) by měly být splněny tyto podmínky:

- Zralost problému pro terapeutické řešení. Tam, kde není problém dostatečně vystupňován, není rodina tolik motivovaná ke spolupráci.
- Motivovanost členů rodiny k úsilí o změnu.
- Způsobilost (př. rozumová) členů rodiny k práci zvolenou metodou.
- Časové a prostorové nároky rodinné terapie.
- Způsobilost terapeuta pracovat s daným problémem a s danou rodinou, případně s indikovanou metodou.

Jsou případy, které jsou kontraindikací k rodinné terapii. Vácha (2010) ve svém příspěvku zmiňuje, že je z léčebného procesu potřeba vyloučit rodiny, které vytvářejí destruktivní prostředí – např. sexuální zneužívání, týrání, závislé rodiny. Tento výčet rozšiřují Langmaier, Balcar a Špitz (1989) o příznaky, které vyžadují přednostně jiný druh léčby – např. psychózy nebo pokud nemůžeme patologickou funkci nahradit funkcí vhodnější či nevýznamnost předloženého problému.

2.3 Závislost v rodině a homeostáza

Hajný (2008) zmiňuje, že když se na rodinu podíváme ze systémového hlediska, můžeme říct, že rodina a její členové mohou mít podíl na vzniku, rozvoji a udržování závislostního chování. Nelze určit jednoznačné charakteristiky rodiny závislého. Ale lze vysledovat určité znaky, které se v rodinách závislých vyskytují častěji, než v jiných rodinách.

Častým jevem, který se v rodinách závislých objevuje, je kodependence – tedy spoluzávislost. Ve třicátých letech minulého století s tímto termínem přišlo hnutí anonymních alkoholiků. Začali si všímat, jakou roli hrají v abstinenci rodinní příslušníci. Ti svým chováním často závislostní chování umožňují. Na jedné straně to může být bagatelizování problémů, které se závislostí souvisí, omlouvání a krytí problémového chování, poskytování finančních prostředků, atd. Na druhé straně se může jednat o výčitky a nadměrnou kontrolu, které závislostní chování provokují.

Spoluzávislost může souviset s jakýmkoliv problémovým chováním v rodině. Toto chování může rodinu odvracet od řešení hlouběji ležících problémů, které mohou být bolestivější – např. problémy ve vztahu rodičů, oddálení nevíтанých změn – jako např. separace dítěte (Hajný, 2008).

Důležitým vývojovým úkolem je odpoutání od původní rodiny a vytvoření vlastní identity. Dospívající musí cítit, že se odpoutat může a že jeho separace nebude nahlížena jako podvod, či odmítnutí. Odtržení od původní rodiny se děje často skrze konflikt. Je důležité tento konflikt umožnit a podstatné je to, aby byl zvládnut bez přílišných pocitů zklamání. Adolescent by měl mít dostatek vůle a chuti žít po svém. Nemělo by jít o útěk od rodiny. V případě, že nelze tyto kroky naplnit – např. dospívající se chce podílet na starých rodinných vztazích a je sužován pocity viny, že chce z rodiny odejít. Jako náhradní forma svobody a odpoutání může posloužit alkohol a drogy. Subkultura uživatelů může poskytnout novou formu identity (tamtéž).

Hajný (2008) hovoří o tom, že je v rodinách závislých častý model, kdy je přítomna hyperprotektivní matka a chladný či nepřítomný otec. Matka nadměrně pečující, která se ve prospěch svého potomka vzdává svých vlastních potřeb. Díky tomu může vzniknout vzájemně závislá vazba. Nadměrně úzkostná péče může v potomkovi vyvolat pocity bezmoci. To stěžuje osamostatnění potomka.

Vzdálený či nepřítomný prototyp otce byl zkoumán především u alkoholiků. Jsou to otcové, kteří v rodině dominují a nevhodně prosazují své zájmy. Nepředstavují otce, se kterým je možné navázat bezpečný vztah. Otec tradičně představuje pojítka mezi rodinou a okolním světem a jeho nároky. Identifikace s rysy takového otce mohou vypadat jako nepřiměřené nároky, které na sebe závislí kladou (tamtéž).

Mezi faktory, které zapříčiňují závislost jsou jako nejzásadnější zmiňovány: užívání drog rodiči, trestná činnost rodičů, nedostatečná či naopak přehnaná péče o dospívající děti, špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícím, nedostatek jasných pravidel a jejich nedůsledné uplatňování, nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům (Szaponick & Coatsworth, 1999).

Může jít o rysy, které závislosti předcházejí, ale mohou vzniknout i jako důsledek užívání návykových látek. Je velmi těžké rozlišit, co bylo dřív. V praxi je účinné se při léčbě spíše zaměřit na faktory, které závislost udržují, spíše než na příčinné souvislosti (Hajný, 2003).

Komunikační styl závislých rodin je zatížen znevažováním a znehodnocováním jednotlivých členů. Postoje mohou být agresivní, ale mohou být přítomny i pocity bezmoci a beznaděje (Hajný, 2008).

Dle Cancriniho (Cit. In Hajný, 2008) popsal čtyři typy závislosti na základě výzkumu charakteru rodinného prostředí a povahy závislého chování.

- I. *„Závislost traumatického typu (trauma, zneužívání, nezpracované úmrtí, psychická porucha v rodině) – může jít o reakci ve formě závislého chování, která zpracováním traumatizace odezní,*
- II. *neurotická závislost (nahromaděné napětí, nejasné vztahy plné viny a křivdy, partnerské obtíže rodičů) – nejčastější živná půda pro rozvoj závislosti,*
- III. *přechodová závislost (vážná duševní porucha v rodině, bizarní vztahy, tabuizace, dvojná a manipulativní komunikace v rodině) – může jít přímo o komorbiditu, tj. souběžnou hraniční poruchu osobnosti nebo hraniční rysy závislého,*
- IV. *sociopatická závislost (lhostejnost, kriminalita, fyzické násilí a asocialita v rodině) – závislost není primárním problémem, tvoří součást životního stylu a zapadá organicky do osobnosti závislého (Hajný, 2008, pp.46).“*

Hajný (2008) zmiňuje, že se můžeme na závislost koukat z pohledu nezvládnutých vývojových úkolů. V této souvislosti se z psychoanalytického hlediska mluví o ustrnutí v orální fázi vývoje. Jedná se o velmi rané vývojové stádium, kdy je dítě závislé na péči a stravování zvnějšku. Nemá kapacitu čelit vnějším i vnitřním konfliktům. Zdroj a ochranu má dítě v matce či jiné pečující osobě. Pocit uklidnění, či vzrušení přichází z vnější. Pohled závislého na svět je zúžen na základní potřebu a to, jak ji naplnit. Děti s větší inklinací k orálnímu chování se v budoucnu nemusí nutně stát závislými. U závislých jsou spíše posíleny orální rysy.

U závislých je častý deficit určitých psychických funkcí. Schopnost ovládat své citové nálady a stavy byla v průběhu vývoje narušena. Tyto prvky si dítě zvnitřňuje během raného dětství pomocí interakce s matkou. Dítě si zvnitřňuje některé prvky této péče a učí se základní důvěře ke světu. Naučí se zvládat nadměrně silné emoce. Návykové látky pomáhají tyto nepříjemné stavy zvládat, nebo potlačit. Jde o ochranný mechanismus, kterým závislý chrání svou křehkou duševní rovnováhu (tamtéž).

Návyková látka dodávaná z vnější může sloužit k řešení nepříjemných vnitřních stavů, rozlad a pocitů prázdnoty. Tento proces probíhá zprvu nevědomě.

Návyková látka nahradí psychické řešení – př. sebereflexe, budování sebeúcty, kompenzace jinými činnostmi.

Dalším důležitým pojmem, který hraje roli v rozvoji závislosti je attachment. S touto teorií přišel Bowlby. Jde o vrozený systém mozku, který se vyvíjí směrem k pečujícím osobám. Motivuje dítě k vyhledávání blízkosti, čímž se zvyšuje jeho šance na přežití. Je základem prvních vztahů. Využívá kapacity mozku dítěte a psychiky pečujících osob k zvládnutí vlastních vnitřních stavů. Jednotlivé reakce jsou ukládány a zvnitřňovány a na jejich základě je vytvářeno očekávání od okolního světa. Bowlby popsal attachment bezpečný, úzkostný, vyhýbavý a dezorganizovaný. Droga supluje nedostatečné vnitřní schopnosti (tamtéž).

U vývoje osobnosti a vzniku závislosti je rizikovým faktorem především „slabé“ já. Toto slabé já vzniká různými deficity v raném dětství. V období adolescence, kdy si mladistvý tvoří vlastní identitu a vymezuje se proti původní rodině, se ukáže, jak úspěšný byl předchozí vývoj dítěte. Pokud nestačí na nároky okolního světa, může se mladistvý v tomto citlivém období uchýlit k užívání návykových látek, které pomáhají kompenzovat obtíže (Hajný, 2008).

Dle Čtrnácté (2013), je závislostí vždy zasažena integrita rodiny jako celku, tak i jednotlivých členů. Návyková látka se po nějaké době stává prvkem rodinného systému, ve kterém má své místo. Pro jednotlivé členy má rozdílný význam. V určité fázi užívání se návyková látka stává důležitým prvkem udržujícím patologickou homeostázi.

Kalina (2003) píše o tom, že rodina, jejíž člen je závislý, nepochybně trpí. Ale závislost může mít i pozitivní funkci. Odvrací rodinu od řešení hlouběji ležících problémů – např. problémy ve vztahu rodičů, oddaluje nevíтанé změny – jako např. separaci, nebo vyhovuje osobnostním charakteristikám některých členů.

Dle Satirové (2007) se rodina chová jako jednotka a jedná způsobem, který má vést k homeostáze. Jednotliví členové tuto homeostázi udržují. Povahu této rovnováhy lze vyčíst z opakujících se komunikačních vzorců. Když je rovnováha narušena, jednotliví členové vynakládají velké úsilí, aby ji udrželi. Svými symptomy dává identifikovaného pacient najevo, že je rodinná rovnováha narušena. Členové rodiny léčbu identifikovaného pacienta sabotují, jako by na jeho obtížích měli nějaký zájem.

Gjuričová a Kubička (2003) pojednávají o tom, že odpor ke změně je vlastní všem živým systémům. Nelze předem určit, zda změna přinese uspokojivý stav. Jde tedy o

potencionálně nebezpečnou akci. Z určitého úhlu pohledu můžeme chápat tento odpor ke změně jako udržení stability. Odpor se může projevovat různými způsoby. Sabotáž rodinné terapie rodinou může vypadat tak, že všichni členové rodiny pracují na tom, aby ten člen, který vykazuje nejvíce problematické chování, na terapii nedošel. Jiným způsobem může být vyrušování a přerušování terapeuta. A nebo může rodina provádět změny takovým způsobem, že ukáže její nerealizovatelnost.

3 Motivace a motivační rozhovory

3.1 Motivace

„Pojem motivace vysvětluje psychologické důvody chování, jeho subjektivní význam a současně vysvětluje pozorovatelnou variabilitu chování, proč se různí lidé orientují na různé cíle (Nakonečný, 1996, pp. 12).“

Motivace směřuje k udržení a obnovení optimálního vnitřního stavu spokojenosti. Jednotlivé potřeby a způsob, jakým jsou naplněny se interindividuálně liší. Motivace je proces, který určuje zacílení, trvání a intenzitu chování. Má zdroj ve vnitřní – např. hlad a vnější – např. ohrožení, situaci jedince (Nakonečný, 1996).

Ryan & Deci (2000) popisují ve svém článku lidské bytosti jako vitální, zvědavé a sebe-motivované. Většina lidí nakládá se svým talentem zodpovědně, učí se novým dovednostem, které následně aplikuje ve svém životě. Někdy může být lidská duše zlomena a člověk se odmítá dále rozvíjet a růst. Lidé mohou být aktivní a pasivní. Není to dáno pouze biologickým podkladem. Na podněty ze sociálního okolí existuje celá řada reakcí, které může člověk zvolit. Člověk má tři základní potřeby – potřebu kompetence, potřebu někam patřit a potřebu autonomie. Autonomie se zdá být jako esenciální pro dosahování osobního růstu, sociálního rozvoje a osobní pohody. Lidské chování může být motivováno mnoha faktory – může jít o vnitřní pohnutky a naplnění základních biologických potřeb, vnější faktory jako snaha v něčem vyniknout a také ohrožení, nebo hrozící sankce. Ten, kdo jedná dle vnitřní motivace, vykazuje více úsilí, odolnosti, sebevědomí a životní spokojenosti. Většina chování ovšem vnitřně motivovaní není. Zisk z tohoto jednání je nezbytný pro úspěšnou socializaci. Míra vnitřní motivace se zvyšuje, když si jedinec přijde kompetentní pro vykonání dané aktivity. Možnost volby, potvrzení pocitů, možnost někam směřovat zvyšují míru vnitřní motivace, protože u nich člověk cítí vyšší míru autonomie. Vnitřní motivace bude vzkvétat v prostředí, kde budeme cítit sounáležitost a bezpečí. Sociální prostředí

a to, jak jsou díky němu naplňovány naše potřeby, může formovat vnitřní motivaci. Občas se nám někdo z okolí – př. partner, terapeut, snaží vštípit nějaké chování. Často může být odpovědí odpor a nechut' toto chování vykonávat. Pokud jde o chování, které koresponduje s našimi potřebami, můžeme ho zvnitřnit a integrovat jako motivaci vnitřní. Větší váhu mu budeme přikládat, pokud toto chování bude přicházet od osoby, se kterou máme citové pouto. Nemotivace je výsledek konání činností, které pro nás nemají hodnotu, nepřijdeme se kompetentní k jejich vykonání a od kterých neočekáváme vysněný výsledek.

Motivace není neměnný stav, jde o proces, který se ve svém průběhu proměňuje. Motivace nemůže zaručit, že bude činnost úspěšně dokonána. Existují velké inter individuální rozdíly ve volní a motivační samoregulaci. V mnoha případech se vnější a vnitřní motivy neshodují. Vědomá reprezentace a motivy jedinců a jejich nevědomé preference nemusí být kongruentní. (Heckhausen & Heckhausen, 2012).

3.2 Motivační rozhovory

S rodinou je vhodné respektovat, v jaké fázi motivačního cyklu se rodina nachází a podle toho volit intervence. Občas se terapeut může na kole změny pohybovat rychleji, než klient. Odpor nemusí být dán jen nechutí cokoliv měnit. Může jít o nedostatek schopností udělat nějakou činnost. Zdánlivá neochota komunikovat, může být studem o nějakém tématu mluvit. V rozdílných fázích motivačního cyklu mohou být i jednotliví členové rodiny. To je dáno tím, kdo je zadavatelem zakázky léčby závislosti. Jestli je to sám člen zneužívající návykové látky, jeho příbuzný, nebo jestli navrhne léčbu třetí strana např. ochranná léčba.

Je běžné, že v průběhu léčby se členové pohybují kupředu, ale propadají se i zpět (Kauffman & Yoshioka, 2004).

První fází kola změny je prekontenplace. V této fázi nepovažuje osoba své pití či brání drog za problém. Pokud ji někdo pošle do léčby, vykazuje velkou rezistenci. Rodina si může myslet, že problém musí přestat, ale může chování závislé osoby krýt a omlouvat před okolím a tím ji v užívání nevědomě podporovat. Poradce či terapeut v této fázi pracují hlavně na zvýšení povědomí o rizicích a možnostech pomoci.

Kontemplace je stádiem, pro které je typická ambivalence. Nerozhodnost ohledně toho, zda má svůj problém opravdu řešit. Chut' se změnit existuje současně s neochotou se léčit. V této fázi může závislá osoba vyhledat odborníka za účelem

získání informací. Motivační rozhovory jsou v této fázi účinné. Rodina je většinou ve stádiu – s tím stejně nic neudělá. Poradce či terapeut v téhle fázi s klientem prozkoumávají pro/proti užívání návykových látek. Účinná je také psychoedukace (tamtéž).

V přípravném stádiu klient koná konkrétní kroky ke změně. V klientovi roste sebedůvěra, že má sílu se změnit. Probíhají finální úpravy plánu. Rodina v tomto stádiu hledá řešení. Vyhledávají pracovníka, který jim představí paletu služeb. Poradce či terapeut v tomto stádiu klienta povzbuzují k tomu, aby učinil akci. Může začít něčím jednoduchým, jako je zapisování množství vypitých nápojů.

Stádium akce s sebou přináší změnu. Dochází ke změně chování a okolí. Toto stádium vyžaduje nejvíce odhodlání a energie. Odhodlání značně kolísá. V tomto stádiu je velmi důležitá podpora a povzbuzování, jinak dochází k předčasným vypadnutím z léčby. V tomto bodě dochází ke kritickému bodu i v rodině, kde se musí také stát změny. Často jsou nezbytná ultimáta a intervence poradce/terapeuta. V tomto stádiu potřebuje klient provádět, edukovat a ujišťovat v rozhodnutí s návykovými látkami skončit (tamtéž).

Stádium udržování ukáže, jak moc jedinec užívající návykové látky zařadil do svého běžného života změny z předchozího stádia. Na řadu přichází prevence relapsu. Klient se učí alternativní strategie zvládání náročných situací. Problémové chování musí být nahrazeno chováním zdravějším. Musí být pojmenovány spouštěče. Během tohoto stádia je účinné s rodinou probírat potencionální překážky, které by mohli jedince znovu strhnout k užívání návykových látek. Také připomínat, že vyhledání podpory není slabost. Poradce/terapeut v tomto stádiu učí klienta a jeho rodinu prevenci relapsu, jak se připravit na těžké chvíle a jak se nikdy nevzdát (Kauffman & Yoshioka, 2004).

Pokud klient spadne do počátečního stádia, je důležité, aby se v něm nezasekl. Může se z relapsu poučit a započít nový cyklus změny. Je vhodné, aby byl v léčbě zahrnut multidimenzionální přístup, aby byly eliminovány všechny složky, které by relaps mohly spustit (Kauffman & Yoshioka, 2004).

Existují komplikace na straně klienta, ale i terapeuta, které mohou brzdit motivační proces. Miller & Rollnick (2008) ve své publikaci zmiňují termín - tzv. kameny na cestě. Jsou to reakce terapeuta, které znamenají pro klienta překážku.

Podílejí se na blokování, pozastavení, odvracení klienta od jeho původního směru.

Patří mezi ně:

1. *„požadování, nařizování nebo příkazování*
2. *varování nebo zastrasování*
3. *dávání rad, navrhování, poskytování hotových řešení*
4. *přemlouvání za použití logiky, argumentů nebo poučování*
5. *moralizování, kázání nebo říkání klientům, co by měli dělat*
6. *nesouhlasení, posuzování, kritizování, nebo obviňování*
7. *souhlasení, schvalování, nebo oceňování*
8. *zahanbování, zesměšňování nebo nálepkování*
9. *interpretování nebo analyzování*
10. *ujišťování, soucítění nebo utěšování*
11. *znejišťování nebo vrtání do hloubky*
12. *nezájem, rušení, dělání si legrace nebo změna tématu“ (Miller & Rollnick, 2008).*

Soukup (2014) píše ve své knize o ne motivovaném klientovi. Jde o klienta, se kterým se špatně pracuje. Ve skutečnosti ale nejde o ne motivovaného klienta v pravém slova smyslu. Příčinou zdánlivé nemotivace je s největší pravděpodobností náš styl práce. Poté to mohou být i rozdílné hodnoty klienta, dle kterých má jeho chování smysl. Je pravděpodobné, že klient bude spíš velmi ambivalentní. Jako nemotivovaný se nám zdá většinou klient, který nedělá to, co by podle nás dělat měl. Na nedostatečnou motivaci může pracovník svalovat svůj neúspěch. Absence motivace a nedostatečná spolupráce v pracovníkovi často vzbuzuje pocit rezignace, nebo chuť klienta konfrontovat. Je legitimní, že pracovník po klientech chce, aby udělali změnu, o kterou zatím sami neusilují. Jde o to, jakým způsobem klienta ke změně přiměje.

Důležité je vyjádřit porozumění s klientovým chováním. Zjistit, kolik má klient informací a zda vidí důsledky svého chování. Co svým současným chováním získává a o co přichází. Zájem o klienta by měl být autentický. Klienti jsou citliví na konfrontaci a hodnocení. V případě, že máme pocit, že jsme narazili na nemotivovaného klienta, tak bychom v první řadě měli jako pracovníci pochybovat o stylu naší práce (tamtéž).

Léčba závislostí byla v minulosti mnohem více konfrontační než rodinná terapie. Původním předpokladem bylo, že je u závislých důležité strhnutí všech obran. Od

toho se ale postupně opustilo, protože bylo zjištěno, že konfrontační přístup je často tou nejméně účinnou metodou. S konfrontací se musí zacházet opatrně. Přistoupilo se k více empatickému přístupu (Kauffman & Yoshioka, 2004).

Steinglas (2009) ve své přehledové práci také zmiňuje výhody zapojení rodiny a partnerů do léčby závislých osob. Je to delší setrvání v léčbě, větší angažovanost závislých v léčbě, léčba má větší účinek i z dlouhodobého hlediska. Také se začíná měnit pohled na to, co znamená úspěšnost léčby. Odborníci se pomalu odklání od úspěchu jako pouhé abstinence k fungování v mezilidských vztazích. Intervenci zaměřených na rodinu je velké množství. Ne všechny kladou všem členům stejnou váhu. Principy rodinné terapie jsou velmi podobné principům motivačních rozhovorů. Objevuje se v nich neutralita terapeuta, neobviňující přístup, rozvoj dovedností dotazování, která se zaměřují na identifikaci přesvědčení související s užíváním návykových látek, zásadní důležitost je kladena ambivalenci, která umožňuje pochopit resistenci ke změně. Motivační rozhovory se především používají při práci s jedincem, ale jsou aplikovatelné při práci s rodinným systémem – i když se této možnosti využívá minimálně. Přístup nazvaný systematická motivační terapie je navržen pro všechny pacienty s chronickým psychiatrickým, nebo tělesným onemocněním. Hlavní oblasti, na které se terapeut zaměřuje, jsou – sběr dat o tom, jak návyková látka zasahuje do rodinného života, zkoumá názory jednotlivých členů na to, proč se návyková látka stala centrálním tématem jejich života, hledá potencionální zdroje uvnitř rodiny, které by mohly pomoci řešení problému. Expertem na řešení problému je rodina sama. Léčba sestává ze tří fází. Přípravné fáze – mapování obtíží, pohled jednotlivých členů rodiny na problém, příprava na možnou léčbu. Léčebné fáze – tvorba alternativních činností, místo užívání návykové látky. Doléčovací fáze a prevence relapsu – tvorba denní rutiny bez návykové látky, motivace k setrvání v doléčovacím programu, terapeut pomáhá usazení nových vzorců chování.

Motivací rodičů na zapojení do léčby u obézních dětí se věnoval Gunnarsdottir, Niardvik, Olafsdottir, Craighead, & Blarnason (2012). Lepších výsledků v léčbě dosahovaly ty děti, u nichž byla vysoká komponenta sebevědomí/sebe-účinnosti. Dle modelu Millera & Rollnicka jde o jednu ze tří komponent motivace. Mezi další dvě patří důležitost (léčby) a připravenost. Sebevědomí/sebe-účinnost může být ovlivněna jak faktory vnitřními – př. předchozí neúspěšný pokus o změnu životního stylu, tak vnějšími – př. nízká podpora v blízké rodině. Z léčby více profitovaly děti, u jejichž rodičů byla míra sebevědomí/sebe-účinnosti zjištěna individuálně při úvodním

sezení a na základě zjištěných informací se dále systematicky s motivací pracovalo. Účinná byla zjištění ohledně vnímaných překážek, podpora ve vnímání malých pokroků v léčbě.

I přes to, že se výzkum nezaměřuje přímo na cílovou skupinu klientů ohrožených závislostí, demonstrovuje především důležitost zapojení rodičů a zkoumá motivační komponentu, které je vhodné věnovat pozornost. Tím se může zvýšit šance zapojení rodičů do léčby.

3.3 Připravenost ke změně

Další faktory, které jsou spojené se zapojením do léčby a vytrváním v ní jsou spojeny se jmény De Leona, Melnick, Kressel & Jainchill (1994), kteří zkoumali čtyři oblasti v životě klientů terapeutických komunit.

První jsou vnější vlivy, které klienta přiměly k léčbě. Ty mohou zahrnovat ztráty, nebo nějaké negativní budoucí události – ztráta rodiny, práce, zdravotní rizika.

Dále sem spadá motivace. Tedy vnitřní vlivy, které klienta přivedly do léčby. Mohou být pozitivní př. snaha zlepšit interpersonální vztahy klienta, nastartovat osobní růst. Nebo negativní př. braní drog je spojeno s pocitem selhání, kterých se chce klient zbavit.

Dalším bodem je připravenost klienta k léčbě. Zda už se využilo všech možných zdrojů pomoci v okolí př. přátelé, rodina, víra, než musel být klient hospitalizován.

Poslední zkoumanou dimenzí je vhodnost daného léčebného zařízení pro daného klienta. Zda souhlasí s cíli a filosofií daného léčebného zařízení, délkou léčby, metodami práce, režimem.

Jak bylo zmíněno výš, pokud se pracovníci nezaměří na všechny komponenty, mohou klienti – jimiž jsou i zákonní zástupci, z léčby předčasně vypadávat.

4 Ambulantní léčba v KAAPDD

4.1 Adiktologická ambulantní léčba

Tento druh léčby může být prováděn ve zdravotnických i nezdravotnických léčebných zařízeních. Jedná se o službu, do které klient dochází v pravidelných intervalech na předem smlouvané sezení. Výhoda tohoto druhu léčby spočívá v tom, že dotyčný nemusí opouštět své sociální prostředí a může dál chodit do práce, nebo školy. Cílovou skupinu tvoří klienti v různé fázi užívání návykových látek, kteří

nejsou indikováni k hospitalizaci. Jednou z podmínek je stabilní sociální zázemí klienta a podporující okolí. Do ambulantního zařízení můžou chodit klienti motivovaní, nemotivovaní, i klienti se soudně nařízenou léčbou. Do cílové skupiny bývají zahrnuti i rodiče, partneři a jiné blízké osoby (Těmínová, 2008).

4.2 Krajská adiktologická ambulance a poradna pro děti a dorost

Krajská adiktologická ambulance a poradna pro děti a dorost (dále KAAPDD) byla otevřena na základě Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) a Národní studie o užívání drog (NASUD). Z těchto vyšly varovné výsledky ohledně užívání návykových látek dětmi a mladistvými. Dále se opírala o „Analýzu potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizika chování v kontextu institucionální sítě služeb“, která byla realizována na přelomu let 2012/2013 na území Prahy a Středočeského kraje. Vzhledem k tomu, že je Ústecký kraj na druhém místě v problematice závislostí, předpokládalo se, že potřeba takovéto specializované služby bude i na tomto území. Zájem o vytvoření takové služby vzešla od Ministerstva zdravotnictví ČR.

Krajská adiktologická ambulance a poradna pro děti a dorost byla otevřena v červenci roku 2017.

Posláním KAAPDD je pomoc dětí a mladistvým ve věkovém rozmezí 10-18 let, kteří jsou ohroženi závislostí na návykových látkách, ale i nelátkovou závislostí. Služby jsou určeny i pro jejich zákonné zástupce, kteří za ně nesou zodpovědnost. Zaměřují se na snižování rizik spojených s užíváním návykových látek a zajištění psychické a fyzické soběstačnosti. Služby jsou poskytovány dané cílové skupině bez ohledu na typ užívané návykové látky, historii užívání a motivaci ke změně životního stylu (OM, 2018).

4.3 Úloha adiktologa v Krajské adiktologické ambulanci a poradně pro děti a dorost

Adiktolog je odborným zdravotnickým personálem KAAPDD. Jeho úlohou je především práce s mladistvým klientem, ale také navázání spolupráce s jeho zákonnými zástupci. Je klíčovým pracovníkem mladistvého klienta. Společně s dětským psychiatrem po třech úvodních sezeních – tzv. diagnostické fázi, rozhoduje, zda je klient indikován do ambulantní léčby, nebo zda by bylo vhodné

doporučit jiné léčebné zařízení př. rezidenční adiktologickou léčbu, či hospitalizaci v DPN. V této fázi probíhá i sebrání anamnézy klienta, diagnostika. V případě, že klient pokračuje v léčbě v KAAPDD pracuje s klientem standardně v intervalu 1x/týden formou adiktologického poradenství a adiktologické terapie. Pravidelně reviduje individuální plán klienta a hodnotí dosahování zadaných cílů. Koordinuje společná sezení s rodinou/zákonnými zástupci a poskytuje rodinné poradenství. V případě potřeby poskytuje informace. Díky spolupráci s potravinovou bankou může poskytovat také potravinový servis. Může indikovat rodiny do péče rodinného terapeuta - tuto nabídku mají klienti právo odmítnout (OM, 2018).

4.4 Spolupráce v Krajské adiktologické ambulanci a poradně pro děti a dorost

Zákonní zástupci a zástupci z řad SPOD bývají zpravidla iniciátory léčby v KAPDD.

Už od prvního sezení se v KAAPDD snažíme zákonné zástupce motivovat ke spolupráci. Snažíme se najít pro ně v terapii něco, co by mohli udělat sami pro sebe.

Do léčby je zahrnut celý léčebný systém, jelikož děti jsou na něj ve svém věku zcela odkázány. Nové vzorce chování je třeba uplatňovat v celé rodině, jinak nelze předpokládat změnu u dítěte (OM, 2018).

Jednou z podmínek léčby týkající se zákonných zástupců, náležitých ke smlouvě s KAAPDD, je docházení na individuální terapii či rodičovskou skupinu v intervalu 1x/14 dní. Přibližně po čtyřech individuálních sezeních s dětmi/mladistvými se mají rodiče účastnit společných sezení. Tuto skutečnost stvrzují zákonní zástupci svým podpisem. V případě nedodržování podmínek může být klient vyloučen. Mezi další podmínky patří docházka dítěte/mladistvého klienta na individuální terapii, dochvilnost, vstupní vyšetření psychiatrem, plnění dohodnutých úkolů, omluva nepřítomnosti (tamtéž).

Zákonní zástupci mohou využívat tyto služby: individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům, informační servis, práci s rodinou, rodinnou terapii, skupiny pro rodiče a blízké klientovi, potravinový servis, telefonické, písemné a internetové poradenství (OM, 2018).

Úspěšná spolupráce v KAAPDD znamená, že jsou naplněny cíle individuálního plánu, který se průběžně reviduje. Pokud cílů dosaženo není, navrhuje se vhodnější intervence nebo vhodnější léčebné zařízení (tamtéž).

III. VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato práce se zabývá tématem překážek ve spolupráci zákonných zástupců v Krajské adiktologické ambulanci a poradně pro děti a dorost (dále KAAPDD). Cílovou skupinou KAAPDD jsou děti a mladiství ve věku 10-18 let, ale také jejich zákonní zástupci. Pro úspěšnou léčbu je třeba zavést změnu do celého rodinného systému. Děti jsou na své zákonné zástupce zcela odkázáni (Broža, 2008). Rodinná terapie by měla být indikována především u klientů, kteří jsou nezralí a mají nízký věk (Kalina, 2003). Klienti KAAPDD tato kritéria splňují.

Přimět rodinné příslušníky ke spolupráci je často vyčerpávající a je to výzva pro pomáhající pracovníky. Rodiny mají často celou škálu různých obtíží a problémů, které je třeba řešit. Lepších výsledků v léčbě dosahují klienti, u kterých se do léčby zapojí rodina (Thompson et al., 2009).

Důvody, pro které se rodina do terapie nezapojuje, jsou různé. Motivace jednotlivých členů se může různit a často je náročnější motivovat rodinu, než samotného závislého. Za rozdílnou motivaci může stát třetí strana, která léčbu rodině doporučuje, hierarchie v rodině, nebo odhalení nějaké nežádoucí aktivity (Kauffman & Yoshioka, 2004).

Chvála a Trapková (2014) zmiňují, že klíčové je první setkání s rodinou a zmiňují např. důležitost neobviňujícího přístupu. Další podmínky, které by měli být splněny, zmiňují Langmaier, Balcar a Špitz (1989) – způsobilost terapeuta k provádění rodinné terapie, dostatečně vystupňovaný problém, aby ho měla rodina potřebu řešit, vhodné časové a prostorové nároky, nedostatek motivace.

Dětské adiktologické ambulance jsou na území České republiky poměrně novou záležitostí. První analýza potřeb dětské adiktologické péče byla provedena na přelomu roku 2012/2013. V KAAPDD se často setkáváme s tím, že zákonní zástupci se do spolupráce nezapojují, díky čemuž se stává léčba dětí a mladistvých obtížnější. Tato práce se snaží najít možná úskalí ve spolupráci, viděná pohledem zákonných zástupců. Zkoumá, zda vnímají nějaké překážky na straně ambulance, nebo zda existují faktory, které by ve spolupráci bránili jim. Také se snaží zmapovat, jak spolupráci s KAAPDD vnímají a co pro ně znamená. Je známo, že spolupráce se zákonnými zástupci je komplikovaná. Cílem je zjistit, zda-li se dá díky popisu

spolupráce zákonnými zástupci vytvořit nástroj, který by byl schopen je ke spolupráci více motivovat (OM, 2018).

5 Formulace výzkumných cílů

- Prvním cílem je popsat faktory, které motivují zákonné zástupce ke spolupráci s KAAPDD.
- Druhým cílem, je identifikovat překážky, které brání spolupráci s KAAPDD.
- Třetím cílem je zjistit, jak zákonní zástupci vnímají svou úlohu v KAAPDD.

6 Popis metodologického rámce a metod

6.1 Výzkumný soubor

Základní soubor je tvořen zákonnými zástupci dětí a mladistvých.

Dle Občanského zákoníku 89/2012 Sb. vzniká každému narozením způsobilost mít práva a povinnosti. V určitých případech, jedním z nichž je i nezletilost, neplní fyzická osoba způsobilost k právním úkonům. Musí být tedy ze zákona zastoupena. O zákonném zastoupení se hovoří, pokud vzniká na základě zákona nebo na základě rozhodnutí státního orgánu. Zákonodárce stanoví podmínky, které musí taková osoba splňovat. V souladu se zákonem o rodině je zákonným zástupcem především rodič. Tuto roli můžou převzít i opatrovatelé či osvojitelé. Ti se nejčastěji vybírají z řad příbuzných nebo blízkých. Opatrovníkem se může stát i orgán místní správy či jeho zařízení (EPRAVO.CZ, © 2001).

Výběrový soubor tvoří zákonní zástupci, kteří dochází do Krajské adiktologické ambulance a poradny pro děti a dorost v Ústí nad Labem. Do programu mají povinnost docházet jak mladiství – identifikovaní pacienti ohrožení závislostí, tak jejich zákonní zástupci, kteří si mohou vybrat individuální terapii nebo rodičovskou skupinu a zároveň mají povinnost účastnit se předem domluvených společných sezení s mladistvým klientem po dobu cca 6 měsíců. Tuto povinnost stvrzují svým podpisem.

Jedná se o záměrný výběr přes instituce. Jde o využití instituce, kterou navštěvuje konkrétní cílová skupina, o kterou mám zájem. Do výzkumu jsou zahrnuti pouze zákonní zástupci. Od května 2018 do konce listopadu 2018 ambulance eviduje 33 zákonných zástupců.

Pro výběr a oslovení respondentů byl využit kvótový výběr - na základě typičnosti klientů navštěvujících ambulanci. Byly vybrány tak, aby byly zastoupeny všechny skupiny zákonných zástupců, kteří do KAAPDD dochází tzn. – biologické rodiče, opatrovníky, rodiče na mateřské dovolené, v důchodu, ne/zaměstnané, na vlastní žádost, doporučené třetí stranou, s vlastní anamnézou zneužívání návykových látek, ženy, muže, z Ústí nad Labem i z jiných částí Ústeckého kraje. Se žádostí o účast ve výzkumu bylo osloveno 10 zákonných zástupců z celkového počtu 33. Pro účely této práce bylo předpokládáno, že 10 klientů je dostačující počet pro naplnění teoretické nasycenosti dat. Drop-out činí 3 klienti, kteří účast na výzkumu nakonec odřekli.

6.2 Metoda získávání dat

V úvodu výzkumu byla provedena analýza dat získaných z dokumentace KAAPDD a jejich následná interpretace. Četnost kontaktů a se zákonnými zástupci a důvod pobytu v ambulanci byl zjištěn v programu UniData, kam se zadávají data z denního výkazu. Konkrétní povaha kontaktu a spolupráce a demografické údaje byly zjištěny v kartách konkrétních mladistvých klientů, ke kterým zákonní zástupci náleží.

Dalším zdrojem dat jsou polostrukturované rozhovory se zákonnými zástupci. Jak ve svém článku píše Doody a Noonan (2013), je tato forma interview nejpoužívanější. Výhodou je, že se během rozhovoru můžou spontánně objevovat nové oblasti, které se k tématu vážou. Otevřené otázky dovolují jít do hloubky a dovolují, aby se zjevily nové koncepty. Na rozhovor je třeba se připravit – udělat osnovu otázek, ale také přípravu na obtíže, které mohou nastat. Miovský (2006) píše, že je třeba se při rozhovoru stále držet cílů a výzkumných otázek. Je definováno jádro rozhovoru a otázky, které se musí probrat. Jednotlivé odlišnosti můžou plynout z rozdílného pořadí položených otázek, nebo drobných odchylek v jejich znění. Je vhodné pokládat i jiné otázky, které můžou zmírnit tenzi dotazovaného, můžou zvýšit přirozené plynutí rozhovoru. Tyto rozhovory můžou být realizovány ve standardizovaném prostředí jako je např. ordinace, ale také v neformálním prostředí jako je např. kavárna. Může být využit záznamový arch, kam je možné si zapisovat např. socioekonomické údaje, demografické údaje.

Znění výzkumných otázek je následující:

- Jak vnímají zákonní zástupci spolupráci s KAAPDD?
- Jaké faktory na straně KAAPDD brání většímu zapojení zákonných zástupců v terapeutickém procesu dítěte?
- Jaké faktory na straně zákonných zástupců brání jejich většímu zapojení v terapeutickém procesu dítěte?
- Jak vidí zákonný zástupce svou roli v procesu údravy dítěte?

Otázky interview kopírují otázky výzkumné. Zde vkládám jejich konkrétní podobu.

<p>Jak vnímají zákonní zástupci spolupráci s KAAPDD?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Co pro Vás znamená spolupráce s KAAPDD? • Jak rozumíte tomu, že máte do KAAPDD docházet? • Jak by podle Vás měla vypadat ideální spolupráce s KAAPDD?
<p>Jaké faktory na straně KAAPDD brání většímu zapojení zákonných zástupců v terapeutickém procesu dítěte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jakou formu spolupráce s KAAPDD jste si vybral? Vyhovuje Vám? Proč ano/ne? • Jak jste spokojen s umístěním KAAPDD? • Jak jste spokojen s otevírací dobou KAAPDD? • Jak hodnotíte komunikaci s pracovníky KAAPDD? • Zažil jste situaci, která by Vám pobyt v KAAPDD znepríjemnila?
<p>Jaké faktory na straně zákonných zástupců brání jejich většímu zapojení v terapeutickém procesu dítěte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Máte nějaké osobní důvody bránící spolupráci? Jaké?
<p>Jak vidí zákonný zástupce svou roli v procesu údravy dítěte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Máte pocit, že má Vaše docházka dopad na profit z léčby Vašeho dítěte? Proč ano/ne? • Kdo je podle Vás zodpovědný za údravu dítěte? Proč? • Vnímáte, že má pro Vás a Vaše dítě docházka do KAAPDD smysl?

U polo-strukturovaného interview je možné si nechat jednotlivé odpovědi dovysvětlit, aby bylo ověřeno, zda jim bylo dobře porozuměno. Je možné pokládat doplňující otázky (Miovský, 2006).

Triangulace dat získaných různými metodami umožňuje minimalizovat různá zkreslení, vzniklá při získávání údajů. Také můžeme zjistit, zda se získané údaje liší nebo doplňují, překrývají nebo naopak si odporují (Miovský, 2006). Využití co nejvíce nástrojů, kterými se bude informace ověřovat, doporučuje i Ferjenčík (2010).

V kvalitativním výzkumu je vhodné vycházet z více zdrojů. Byla využita data ze tří zdrojů – UniData, karty klientů a rozhovory.

6.3 Metoda analýzy dat

Pro větší přehlednost dat získaných z programu UniData je využito grafického znázornění pomocí koláčového diagramu.

Rozhovory byly fixovány pomocí audio záznamu na diktafon a následovně přepsány do MS Word. Audiozáznam byl pro větší přesnost přehrán několikrát za sebou. V této fázi už byla použita úprava plné transkripce záznamu rozhovoru. Jde o redukci prvního řádu, jejímž cílem je usnadnění další analytické práce. Tato technika se využívá v mluvených projevech, kde nepracujeme s dalšími projevy jako např. různé zvuky. Text je zbavován výrazů, které sami o sobě nenesou žádnou informaci a narušují plynulost textu (Miovský, 2006).

V dalším kroku bylo provedeno kódování, kdy byla původní data převedena do jednotek, se kterými bylo možné dále pracovat. Těmto kategoriím byly přiřazeny názvy. V průběhu práce se sebranými daty bylo možné se k těmto kategoriím průběžně vracet na základě nově zjištěných skutečností. V těchto segmentech byla hledána jejich podobnost, či naopak odlišnost. Do tohoto kroku spadá také editorování. Text bylo možné doplnit o poznámky při vybavování některých podrobností, sloužícímu vyšší srozumitelnosti textu. Bylo využito i metody barvení textu. Jednotlivé segmenty od sebe byly barevně odlišeny pro vyšší přehlednost pro lepší orientaci v textu (Miovský, 2006).

Pro analýzu dat byla zvolena metoda zachycení vzorců. V datech jsou vyhledávány určité opakující se vzorce a ty jsou zaznamenávány. Jde o vyhledávání obecnějších principů, které jsou vázané na výpovědi specifických osob. Při získávání nebo analýze dat jsou vytvářeny příběhy, kdy je konstruována představa o daném

fenoménu. Pracuje se i s údaji, které daný příběh rozvádí, doplňují a nebo mu odporují. Při této metodě se může stát, že vytvořená konstrukce není vyhovující a úkolem výzkumníka je vydefinovat podmínky, za kterých se tomu takto děje (Mioviský, 2006).

7 Etické aspekty práce

Účast na výzkumu byla dobrovolná. Byl sepsán informovaný souhlas, ve kterém byli zákonní zástupci informováni s účelem výzkumu, anonymitou, způsobem zpracování osobních dat a možnostmi od výzkumu kdykoliv odstoupit. Všechna data, podle kterých by mohli být respondenti identifikováni, jsou pozměněna. Vzhledem k tomu, že jsem adiktoložkou na pracovišti, kde byl výzkum prováděn, byli respondenti srozuměni s tím, že jejich výpovědi nijak neovlivní jejich další fungování v KAAPDD.

8 Výsledky a interpretace výsledků

8.1 Přehled služeb využitých zákonnými zástupci v období květen až listopad 2018

Od května 2018 do listopadu 2018 z celkového počtu 33 zákonných zástupců využilo 16 zákonných zástupců individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům, 7 zákonných zástupců využilo individuální terapii, 30 zákonných zástupců využilo informační servis, 10 zákonných zástupců využilo práci s rodinou, 1 zákonný zástupce využil rodinnou terapii, 2 zákonní zástupci využili skupinu pro rodiče a blízké klientovi a 10 zákonných zástupců využilo potravinový servis.

Toto časové rozmezí bylo vybráno z toho důvodu, že jde období, ve kterém byl realizován výzkum a data za půl roku se jevila jako nejaktuálnější.

Ze získaných dat a z grafu můžeme vidět, že zákonní zástupci upřednostňují informační servis a individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům. Služby, kde pracuje rodinný systém pohromadě, jsou využívány okrajově. Vzhledem k teoretickým východiskům se účinky léčby jeví jako účinnější tam, kde se na procesu léčby participuje celá rodina.

pozn. 1 klient mohl navštívit více služeb víckrát



Graf 1: Využité služby v KAAPDD

8.2 Základní demografická data respondentů účastnících se výzkumu

Ve výzkumném souboru převažuje počet žen, kterých je mezi celkovým počtem 7 respondentů 6. Z nich jsou 4 na mateřské dovolené. Mezi zákonnými zástupci je 5 biologických rodičů a 2 pěstouni. Na doporučení třetí strany (sociální kurátoři pro mládež) vyhledali KAAPDD 4 z ákonní zástupci. Mezi zákonnými zástupci se v anamnéze neobjevuje psychiatrická diagnóza, ani zneužívání návykových látek.

Tabulka 1: Soubor - ZÁKLADNÍ DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE RESPONDENTŮ			
		muži	ženy
počet respondentů		1	6
rodina	úplná		2
	neúplná (chybí jeden z partnerů)	1	2
	doplněná (nový partner)		2
forma zaměstnání	zaměstnaný/á	1	1
	nezaměstnaný/á		
	důchod/pracovní neschopnost		1
	mateřská		4
dosažené vzdělání	ZŠ		1
	SOU		1
	SOU s maturitou		1
	SŠ s maturitou		2
	VŠ	1	1
doporučení do KAAPDD	sociální kurátorka pro mládež		4
	vlastní žádost	1	2
vlastní anamnéza UNL	ano		
	ne	1	6
psychiatrická diagnóza	ano		
	ne	1	6
biologický rodič	ano	1	4
	ne		2

Tabulka 1: Soubor - Základní demografické údaje respondentů

Drop-out tvořily 3 ženy. Hlavním rozdílem oproti respondentům, kteří se výzkumu zúčastnili, je psychiatrická diagnóza a zneužívání návykových látek v anamnéze.

Tabulka 2: Soubor - ZÁKLADNÍ DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE – drop-out			
		muži	ženy
počet respondentů			3
rodina	úplná		
	neúplná (chybí jeden z partnerů)		2
	doplněná (nový partner)		1
forma zaměstnání	zaměstnaný/á		2
	nezaměstnaný/á		
	důchod/pracovní neschopnost		1
	mateřská		
dosažené vzdělání	ZŠ		
	SOU		3
	SOU s maturitou		
	SŠ s maturitou		
	VŠ		
doporučení do KAAPDD	sociální kurátorka pro mládež		3
	vlastní žádost		
vlastní anamnéza UNL	ano		1
	ne		2
psychiatrická diagnóza	ano		3
	ne		
biologický rodič	ano		3
	ne		

Tabulka 2: Soubor - Základní demografické údaje - drop-out

8.3 Vyhodnocení rozhovorů se zákonnými zástupci

kategorie č. 1 – význam spolupráce zákonných zástupců s KAAPDD

V této kategorii bylo zkoumáno, jaký význam má spolupráce pro jednotlivé zákonné zástupce a jak vnímají svou docházku do KAAPDD.

Pro zákonné zástupce znamená spolupráce s KAAPDD hlavně formu pomoci ve složité životní situaci, na kterou sami nestačí. Způsob, jak tuto situaci vyřešit. Důležité jsou i informace, které k tématu závislostního chování dostanou a které jim chybí.

„No... Pro mě to vlastně byla obrovská pomoc. Protože vlastně když jsem se dozvěděla, že mi dcera fetuje, tak jsem vůbec nevěděla, co mám dělat. Nikdy jsem s tím před tím do styku nepřišla a hledala jsem něco... Někoho, kdo mi s tím pomůže. Takže tady jsem teda pomoc našla.“ (Respondentka č. 1)

„Nebo prostě tušil sem, že ta situace není úplně zvládnutelná bez pomoci někoho – to je otázka koho. Nevěděl jsem, takže jsem byl nasměrovanej na adiktologii a asi...to co sem očekával se splnilo.“ (Respondent č. 2)

„Já sem nejspokojenější tady. Dá se říct...Sem ráda tady za to. Tady sem našla řešení. Já si myslím, že tady se tomu doopravdy věnujete.“ (Respondentka č. 7)

„Taky z těch schůzek, co sem chodim, načerpám taky hodně informací, nebo jak na ní a jak si s jakoukoliv situací poradit.“ (Respondentka č. 3)

„Pro mě je totiž úleva to, že když bych mu já nedokázala pomoc, tak je tady ještě někdo další, kdo má zkušenosti a kdo může předat další zkušenosti. V tomhle tom sem ráda, že existuje celá organizace jako taková.“ (Respondentka č. 6)

Spolupráci také vnímají jako formu úlevy pro sebe samotné. Ambulance je prostorem, kde se můžou svěřit.

„Takovej relax. Získám i nějaký zkušenosti a relax, no.“ (Respondentka č. 3)

„Že se tak nějak vlastně uvolním. A zjistím, že nejsem úplně tak špatnej rodič. Že to je prostě blbý období, který se musí nějak zvládat.“ (Respondentka č. 4)

Nějakou formu spolupráce vnímají zákonní zástupci jako samozřejmou vzhledem k věku jejich dětí/svěřenců. Vnímají, že může jejich docházka přispět k objektivizaci informací přinesených dětmi a mladistvými.

„To se mě týká samozřejmě jako rodiče.“ (Respondent č. 2)

„Určitě by mělo to dítě vidět, že jako spolupracujeme spolu. Aby to mělo jakoby větší efekt.“ (Respondentka č. 5)

„A zároveň si od toho slibuju, že když řeknu něco já ze své strany, tak se to dostane i tomu terapeutovi, kterej s ním pracuje. Předpokládám... A že se tak nějak ví, co se s ním má ještě probírat, nebo kam ho jakoby dát.“ (Respondentka č. 4)

„No, sem ráda, že sme si to mohly říct pohromadě a Monika neměla kam utýct. Protože to vypadalo, že já na ní donášim po telefonu, já na ní píšu různé informace a pak to tak není, že jo.“ (Respondentka č. 7)

kategorie č. 2 – subjektivní představa zákonného zástupce o spolupráci s KAAPDD

V této kategorii byla zkoumána představa zákonných zástupců o ideální formě spolupráce s KAAPDD.

Respondenti jsou spokojeni se stávající formou spolupráce, která jim vyhovuje a neměnili by ji.

„Mě to takhle vyhovuje. Já bych neměnila.“ (Respondentka č. 1)

„Pane Bože! Hlavně nic neměňte! Takhle je to výborný, takhle je to úžasný.“ (Respondentka č. 6)

„Mě to přijde jakoby v pohodě. Žádný tajnosti z vaší strany, naší strany... Nevím, mě to přišlo takový... Asi bych nic neměnila.“ (Respondentka č. 7)

Jedna respondentka zmínila konkrétní představu o tom, jak by měla ideální spolupráce vypadat.

„Tak mě by to vyhovovalo, kdybych chodila já třeba jen jednou za měsíc. Třeba s tou Kamilou. A pak Kamila sama. Třeba ob týden nebo tak nějak.“ (Respondentka č. 3)

Jeden z respondentů se vyjádřil o ideálu jako o něčem, čeho je těžké dosáhnout.

„No ideál bych prostě nechal. Nějaký optimum by se možná dalo najít. Optimum plus minus splňujeme. Nic jinýho mě nenapadá.“ (Respondent č. 2)

kategorie č. 3 – vybraná forma spolupráce s KAAPDD

V této kategorii byla zkoumána vybraná forma spolupráce s KAAPDD. Zákonní zástupci vybírali z individuálního poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům, individuální psychoterapie, rodičovské skupiny a práce s rodinou nebo rodinné terapie.

Zákonní zástupci, až na jednu respondentku si vybrali práci s rodinou - společná sezení se svým dítětem/svěřencem. Zmíněná respondentka si tuto společnou spolupráci umí v budoucnu představit.

„Zatím chodí Karel samostatně a já samostatně. S tím, že jsme se domlouvali, že by bylo dobrý jednou za čas udělat to společný sezení s Karlem.“ (Respondentka č. 4)

„Ale z hlediska kluka si myslím, že bych šel spíš cestou individuální. Ale to je takovej momentální názor.“ (Respondent č. 2)

S jednou respondentkou byl proveden rozhovor těsně před rodičovskou skupinou, na kterou šla poprvé.

„Tak na tu skupinu jdu dneska poprvé. Já nemám vůbec tušení jak to probíhá, nebo neprobíhá, tak uvidím.“ (Respondentka č. 3)

S jednou respondentkou byl proveden rozhovor po společném sezení, které měla se synem. Vnímá se svůj případ jako ojedinělý vzhledem k tomu, že s prosbou o zahájení léčby v KAAPDD přišel její syn.

„No, já sem se tomuhle všemu vyhla díky tomu, že my sme na tom tak trošičku jinak. My... spolu víc mluvíme. Jakože já s klukem. A my jak sme dostali ten papír s úkolama, aby mezi náma byla nějaká ta důvěra a nějaký vztah. To my sme dělali. Ten čas spolu trávíme. U jídla se sejdeme, pokecáme si. I to byl vlastně ten důvod proč on za mnou přišel s tím: „Mami, já mám problém, potřebuju něco dělat.“ Takže my sme do toho skočili... A teď už je to na něm.“ (Respondentka č. 6)

kategorie č. 4 – důvody k zavrnutí některých druhů spolupráce s KAAPDD

V této kategorii bylo zkoumáno, jakou formu spolupráce si zákonní zástupci nevybrali a jaké důvody je vedli k tomu, aby tento druh spolupráce zavrhl.

Nejméně zastoupenou službou, která byla respondentům nabídnuta, je rodičovská skupina. Nemají potřebu se zpovídat před ostatními rodiči a neradi vystupují veřejně před cizími lidmi. Nemají pocit, že by jim rady ostatních rodičů měli pomoci, když jejich dítě neznají. Objevuje se i nechuť poslouchat příběhy rodičů, jejichž děti jsou na tom hůř.

„Já pak jako nemám potřebu někam chodit a vykládat své problémy cizím lidem. Ono je to stejně o tom, jak člověk zná to svoje dítě. Aaa... Prostě přišlo mi to zbytečný. Člověk už má takhle starostí dost.“ (Respondentka č. 1)

„...neznám, myslím si, že mezi náma jsou obrovský rozdíly, takže nevím, co by mi mělo dát, že bych viděl rodiče jiných dětí. Možná náhled na problém. Ale nemyslím si, že by to mělo mě – MĚ nějak pomoci. To si myslím, že ne.“ (Respondent č. 2)

„Ale jako nebaví mě tam zas jako něco říkat. Mě stačí zas vždycky semináře, jak máme od pěstounský péče. A tam taky, že jo..Vlastně musíte vyprávět k tomu danýmu tématu, nějaký svůj názor. Prostě tak tady to mi nedělá moc dobře. Já jsem takovej vděčný posluchač než abych tam jako povídala, no.“ (Respondentka č. 3)

„Já sem neměla potřebu vyloženě.. Já sem nechtěla se nechat zdeptat téma rodičema, kteří jsou na tom třeba hůř, nebo nemaj vyloženě pocit, jakože je ta vina na jejich straně, žejo. Takže já sem to spíš optimisticky obešla. My prostě jedeme naše potřeby.“ (Respondentka č. 6)

kategorie č. 5 – dostupnost KAAPDD

V této kategorii byla zjišťována časová a místní dostupnost KAAPDD. Otevírací doba ambulance je pro respondenty vyhovující. Je otevřena v odpoledních hodinách, takže mají děti a mladiství čas přijít po vyučování. Dvě respondentky zmiňují flexibilní pracovní dobu, kterou mohou přizpůsobit svým potřebám. Pro jednu respondentku jsou problematické dopolední ordinační hodiny dětského psychiatra, protože nemá hlídání pro děti. S umístěním ambulance je více obtíží. Ambulance sídlí na kopci a je v horním patře budovy. Pro některé skupiny lidí např. těhotné, s kočárkem, je fyzicky náročné se do ní dostat. Ambulance je z pohledu hlavní silnice špatně viditelná – je skrytá za dvěma budovami. Na tuto skutečnost panují odlišné názory. Jedním je výhoda pro klienty, kteří si přejí zůstat v anonymitě. Druhým je nedostatečná informovanost jiných zákonných zástupců, kteří by eventuálně potřebovali pomoc se závislostním problémem u svého dítěte/svěřence.

„No...Ale jo. Je to sice v jiným městě, ale to se dá pořád zvládnout. Všechno se dá zvládnout...Já tady pracuju, volno v práci si udělat můžu. Ale teda Radka má odpoledne zabítý, když sem jede. To se dá snad ale přežít. Ona sem jezdí ráda.“ (Respondentka č. 1)

„Já mám pracovní dobu takovou, že se můžu přizpůsobit částečně, takže mě to nevadí.“ (Respondentka č. 4)

„Ta si myslím, že taky vyhovující. Vzhledem k tomu, že Adam studuje, takže ten odpoledne čas má. Do večera si myslím, že to není potřeba. To zas jako...sem radši, když už je doma. Na tý domluvě toho času... Když to není pravidelně a nemusím vyloženě třikrát, čtyřikrát týdně, tak to mě vyhovuje, tak jak to je. Dá se to. Vždycky se to dá nějak domluvit.“ (Respondentka č. 6)

„Noo, to už je trošku horší. Máte to tady hodně do kopce, šílený ty schody. No já sem dneska jela autem, protože říkám... Na jednu stránku je to můj problém, protože sem silnej kuřák. Já sem vylezu a nedýchám. Já to musím vždycky nahoře vydýchat. To je zase můj problém, jo...Je to trošku náročnější sem vylízt. Ale taky je to trošku takový zastrčený. Jo. Že já sem třeba absolutně nevěděla, že něco takovýho existuje. Takže určité by to mělo být víc viditelný. Třeba v centru by to bylo fajn. Někde v přízemí prostě. Dát tam větší ceduli, aby o tom lidi věděli. Protože když to dáte na internet, tak... Já sem třeba ani nevěděla, že se to jmenuje adiktologická, jo. Takže jak by to pak ty rodiče našli, když hledaj tu pomoc. Jedině že jim to řeknou ty kurátoři jako mě. Ale myslím si, že kdyby to bylo někde viditelný, třeba v tom centru města, tak.... Protože třeba hodně lidí ani nejde k tomu kurátorovi,jo...“ (Respondentka č. 5)

„Nooo...To už je trochu horší. Vzhledem k tomu, že se nedá až tak dobře někde okolo zaparkovat. Což je asi nejhorší. Na jednu stranu je fajn... Protože tady na tý cestě potkávám jiný lidi, takže pro ně je možná lepší, že to není na veřejným místě. Ale já si myslím, že kvůli pár návštěvám.... Jako dá se to. Vždycky sem nějak dojdu. Tak zas na jednu stranu jsme v centru, že jo. A ono i když sem posledně nechala auto ve fóru a šli sme sem pěšky, venku bylo 35 stupňů, tak sem měla pocit, že sme vylezli z bazénu, než sme vylezli do prvního patra. Ale budiž. Zvládli sme to.“ (Respondentka č. 6)

kategorie č. 6 – dosavadní zkušenosti zákonných zástupců s pracovníky KAAPDD

Tato kategorie byla věnována zkušenostem, které mají zákonní zástupci s pracovníky KAAPDD. Respondentům byla položena otázka, zda v ambulanci zažili nějakou nepříjemnou situaci. Takovouto událost respondenti až na jednu negovali. Komunikaci s pracovníky hodnotí všichni kladně. V různých místech rozhovoru

respondenti zmiňovali, kterých vlastností si na pracovnících cenní. Je to především milý, vstřícný a neodsuzující přístup.

„Uplně v pohodě, bez problémů. Všechno je v pohodě tady.“ (Respondentka č. 3)

„Tady sou příjemný lidi. Všichni jste tady moc milí, příjemný, vstřícný. Takže já si nestěžuju na nic.“ (Respondentka č. 5)

„Mě se hlavně líbí, že kdykoliv, když sem přijdu, tak se tady na mě nikdo nemračí a neháze na mě takový ty pohledy – jo, další, no... Další matka, co zklamala. Nebo rodičové. Jasný, další sígr. Usměvaví, vstřícní, ochotní, hrozně milí a samozřejmě v neposlední řadě si myslím, že opravdu... i dosti zkušený. Ta empatie tady se mi strašně líbí.“ (Respondentka č. 6)

Jedna z respondentek popisovala konfliktní situaci, kterou zažila, když začala KAAPDD navštěvovat. Po tom, co se tato situace vyřešila, se zmiňuje o přístupu pracovníků pozitivně.

„Možná na začátku. Protože Monika nechtěla podepsat... No prostě. Já sem jí sem dovedla, nebylo jí ještě 18 a nechtěly se mi říkat výsledky testů. Jestli si dala, nebo nedala si. To byl jedinej problém. Ale pak to Monika podepsala jakože... V pohodě, no. Ze začátku, dá se říct, se mi nelíbila spolupráce tý vaší kolegyně. Protože když sem řekla, že Monika je skutečně nafetovaná, tak prostě... Já nevím, jak jí kontrolovali, ale vyšli jí negativní výsledky. A mě se doma ještě sama vytahovala, jak to jde krásně oblbout. A když sem to potom řekla....Tak ne, jo. Ale беру, že to je ta těžká spolupráce s tou Monikou., (Respondentka č. 7)

„Ale tady to bylo takový to jakože přátelský. To nebylo – hele, musíš tam jít, nebo přijdeš o kluka. Všechno se jí vysvětlilo, se všim měla...To bylo pro ní dobrý, no. Že když udělala tolik průserů, že ste jí to jakoby – ne odpustili, ale neodsoudili. To pomohlo právě. Že to bylo v pohodě. Sem za to vděčná, že sem chodila. Ze začátku sem si říkala: „Ježišmarjá.“ Dobrý bylo, že to nebylo jako u paní kurátorky, že bych hned měla problém. Že se to bralo ze strany, že já to zanedbávám. Ale to fakt jinak

nešlo. Já sem jí chtěla pomoc, ale vždycky odsoudili mě. To mi vadilo právě.“
(Respondentka č. 7)

kategorie č. 7– osobní zábrany zákonných zástupců pro spolupráci s KAAPDD

V této kategorii byly mapovány osobní důvody, které by mohly bránit spolupráci s KAAPDD.

Mezi důvody, které by mohly komplikovat spolupráci s KAAPDD , zahrnovali respondenti malé děti a nedostatek času.

„No..Ted' zatím ne. Ale jak jste si všimla, jsem těhotná. Ted' jak jsem šla ty schody sem, tak ještě ted' jsem z toho zafužená. Až se narodí prcek, bude to asi komplikovanější.“ (Respondentka č. 1)

„Jo a já..mám toho..Takže od rána do večera. Tak sem to trošku hodil za hlavu. Ale tak jako kdybyste zvedla telefon a zavolala, tak já bych se nějak. Je to spíš o tom, že tam si nějak musíte dojednat čas a to už já pak odsunu a za týden to zapomenou a už na to nemyslim.“ (Respondent č. 2)

„No. Žádný důvody nemám.“ (Respondentka č. 4)

„Jedině to mimčo. Protože dopoledne musím vzít malou s sebou, oblíknout jí, dát jí do kočárku, vylízt sem ten kopec, vytáhnout ten kočár. Je to složitější, no. A jak říkám je to právě kvůli tomu doktorovi když se nejedná o doktora, tak si myslím, že se dá domluvit na ty odpolední hodiny.“ (Respondentka č. 5)

kategorie č. 8– vliv docházky zákonných zástupců v KAAPDD na léčbu

Cílem této kategorie bylo zjistit, zda zákonní zástupci vnímají pozitivně svou vlastní docházku na profit z léčby svého dítěte/svěřence.

Respondenti vnímají, že má spolupráce pozitivní vliv na léčbu a také na jejich vztahy. Prostor ambulance berou jako bezpečné místo, kde můžou probrat složitá témata. Cítí podporu při nastavování hranic a určování pravidel.

„Jo. Určitě. Je to prostě lepší, když slyším i ten Váš názor. Nebo když se dozvim, co tu vlastně řešíte. Radka mi spoustu věcí neřekne. Navíc mám pořád problém jí věřit...A myslím, že to je lepší i pro Vás. Že se dozvíte pravdu. Radka je ráda zajímavá a vymejší si. Navíc...Řekly jsme si tu spoustu věcí, který bychom si asi jinak neřekly. A taky jsme tu určily nějaký pravidla. Ale do toho teda pořád vstupuje moje máma, která Radce slibuje blbosti.“ (Respondentka č. 1)

„Asi možná když tam jsem s ní. Ne pořád, ale jak říkám – aspoň jednou za měsíc, taková konfrontace nás obou spolu.“ (Respondentka č. 3)

„To určitě. Tady sme si s Monikou vždycky vyříkali špatný názory, pak to stejně většinou dopadlo blbě. Ale bylo to v pohodě. Bylo to takový rodinný, no. Tady to šlo líp, než když sme byli třeba u paní psycholožky s Monikou. Tady sem to brala, jakože to je v pohodě.,, (Respondentka č. 7)

Jedna respondentka nevnímá že by měla její docházka výrazný vliv, protože se synem normálně komunikují.

„Ve směs si to vlastně syn vymyslel sám, že by on rád sem docházel. On si uvědomil, že potřebuje tu pomoc. A já už sem ho v tom jenom podpořila. Já jsem sem došla, tady sme rozebrali situaci, pak sem chodil on s ám. Já sem mluvila s panem doktorem. Jakoby tím, že s klukem spolu komunikovali doma a neměli sme problém, že by vyloženě něco bylo tabu, tak sem nepotřebovala sem docházet, protože vesměs on mi dával informace o tom, co se tady děje.“ (Respondentka č. 6)

kategorie č. 9– zodpovědnost za úzdravu dítěte/mladistvého

V této kategorii byl zkoumán názor rodičů na zodpovědnost za úzdravu jejich dítěte/svěřence. Zda ji vnímají spíš na své straně, na straně dítěte/mladistvého nebo na straně zařízení.

Respondenti vnímali, že zodpovědnost za úspěch v léčbě je hlavně na straně jejich dětí/ svěřenců. Ví, že mají nesou ze zákona zodpovědnost za své děti, ale finální

rozhodnutí o svém chování si dělá dítě samo. Zařízení funguje jako někdo, kdo ukazuje cestu.

„To je na Petrovi a na nás. Na rodičích. Adiktologická poradna nemá podle mě zodpovědnost žádnou. To je jenom někdo, kdo vstupuje zvenčí a snaží se být nějak nápomocnej. Takže na něm a případně na rodičích, protože pořád je ve věku, kdy jsme za něj zodpovědný.“ (Respondent č. 2)

„Myslím si, že součinnost těch všech. Ale pořád je to nejvíc na nás – jako rodičích a na něm. Já to беру tak, že tohle je spíš podaná ruka. Pomoc. Abysme to nějak zvládli. Aby se nezhoup úplně někde... nešikovně. Prostě aby měl... Abysme to nějak ukočírovali.“ (Respondentka č. 4)

Jedna z respondentek vidí zodpovědnost i na straně KAAPDD.

„Já bych řekla, že vy... Ne. Spíš z obou dvou stran. Já vím, že bez vás by do toho azyláku nenastoupila. Ani ty Řevnice by nenavštívila předtím. Chyba ale byla, že se jí stáhlo to předběžko. Kdyby se to nestáhlo, tak by to bylo do teďka, aspoň podle mě, v pohodě.“ (Respondentka č. 7)

kategorie č. 10– smysl docházky dítěte/mladistvého a zákonného zástupce do KAAPDD

Tato kategorie byla zaměřena na to, zda vidí respondenti v docházce do KAAPDD nějaký smysl, popřípadě jaký.

Respondenti vnímali smysl hlavně z pohledu omezení užívání návykových látek a zprostředkování návaznosti na jiný typ služby. Všichni respondenti vnímají u svých dětí/ svěřenců posun k lepšímu.

„Takhle... Občas teda nevím, co si o Radce myslet. To je takový hodně nahoru a dolů. Občas si říkám, jestli v něčem zase nejede.. Ale když to srovnám s tím, jak to vypadalo před půl rokem. To byla katastrofa. Ta se chtěla normálně ufetovat. A teď teda můžu říct, že to je lepší.“ (Respondentka č. 1)

„Určitě. Hodně ste nám pomohli. A jak říkám...Tak hodně ten psycholog. Protože to bylo takový jakoby hodně drsný. Bud' přestaneš, nebo z tebe bude blázen.“
(Respondentka č. 5)

„Určitě. Kdyby nebylo Vás, tak do toho azyláku ani neodejde. Protože tam bylo takový... Jakoby ne, že byste jí do toho tlačili, to asi ne. Ale když sem to řekla já, tak to neexistovalo, když to řekla paní kurátorka, to samý.“ (Respondentka č. 7)

9 Vyhodnocení cílů práce

Prvním cílem práce bylo popsat faktory, které motivují zákonné zástupce ke spolupráci. Je to samotná bezvýchodná situace, kdy je dítě/svěřenec ohrožen závislostním chováním. Zákonní zástupci bývají touto situací často vyděšení, často netuší, jak je daný problém rozsáhlý. Hledají tedy pomoc i v odborné službě – v tomto případě KAAPDD. Častý bývá i tlak ze strany SPOD, který může zákonným zástupcům a jejich dětem/svěřencům, udělit v případě nespolupráce sankce. Z provedeného výzkumu vyplývá, že oslovení zákonní zástupci kladně hodnotí nabízenou pomoc a informace, které k problematice závislosti a jejich léčby obdrží. Někteří ze zákonných zástupců přichází s negativními zkušenostmi z jiných služeb. V KAAPDD oceňují především neodsuzující a vstřícný přístup pracovníků. Ten je motivuje k tomu nezatajovat některé informace. Oceňují partnerský přístup založený na domluvě. Vnímají KAAPDD jako bezpečné místo, kde spolu můžou mluvit o konfliktních tématech a obnovit komunikaci. Důležitý je také pocit úlevy, který přináší spolupráce pro samotné zákonné zástupce. Jsou rádi, když můžou probrat své vlastní problémy. Chtějí ujištění, že nejsou špatnými rodiči.

Druhým cílem bylo identifikovat překážky, které brání spolupráci zákonných zástupců s KAAPDD. Tyto překážky se mohly objevit jak na straně zákonných zástupců, tak na straně KAAPDD. Jako překážku respondenti často zmiňovali své malé děti, se kterými je pro ně náročné navštěvovat ambulanci v pravidelných intervalech. Ve tři čtvrtě případů nemají tyto matky nikoho, kdo by jim děti pohlídal. Další z důvodů, který od respondentů zazněl byl nedostatek času kvůli práci. Jelikož se jedná o krajskou ambulanci navštěvují i klienti žijící mimo Ústí nad Labem. Ti sice uvedli, že není problém do ambulance dojet, ale jsou ochotni dojíždění věnovat omezené množství času. V jednom případě neshledávala respondentka potřebu do

ambulance docházet, jelikož je toho názoru, že nemá problémy, které by se svým synem potřebovala řešit.

Jako problematické oblasti na straně KAAPDD viděli respondenti hlavně umístění ambulance. Ta se nachází sice v centru města, ale je na špatně viditelném místě. Respondenti, kteří dojíždějí, mají obtíže najít parkovací místo. Pro respondenty je fyzicky náročné do ambulance dojít – na kopci, v horním patře. Překážku na straně pracovníků respondenti neshledávají. Překážkou může být skupinová práce. Respondenti uváděli, že nemají potřebu se svěřovat před jinými rodiči. Předpokládají, že mají odlišné problémy a že od nich nedostanou potřebné rady. Jedna respondentka uvedla, že zažila přístup pracovnice, se kterým nesouhlasila. Tato situace se vyřešila.

Třetím cílem bylo zjistit, jak zákonní zástupci vnímají svou úlohu v KAAPDD. Svou docházku respondenti vnímají jako důležitou. Především při sdělování a zjišťování informací o svém potomkovi, aby došlo k jejich objektivizaci. Také zmiňovali faktor podpory, kdy dítě/svěřenec vidí, že není v náročné situaci samo, což mu může pomoci. Díky obdrženým radám a informacím vidí i posun ve snížení užívání návykových látek nebo v abstinenci. Toho si zákonní zástupci cení nejvíce. Zodpovědnost za posun v léčbě vnímají především na straně dítěte, které ohledně sebe dělá hlavní rozhodnutí. Potom na sobě jako na rodičích, kteří je mají na starost. KAAPDD vnímají spíš jako někoho, kdo je může nasměrovat.

IV. DISKUZE

Tato diplomová práce se věnuje překážkám ve spolupráci zákonných zástupců s Krajskou adiktologickou ambulancí a poradnou pro děti a dorost. Zkoumá překážky objevující se jak na straně zákonných zástupců, tak i ambulance.

Psaní této práce jsem zvolila především proto, že jako adiktoložka pracující v KAAPDD vidím, jak obtížné je zákonné zástupce ke spolupráci motivovat. Setkávám se s problémy plynoucími z nedostatečné spolupráce – předčasné vypnutí z léčby, obtíže při zařizování rezidenční léčby, problémy v dodržování pravidel.

Výzkumu se účastnilo 7 z 10 oslovených respondentů. Souhlas s poskytnutím rozhovoru dali zákonní zástupci, se kterými určitá forma spolupráce probíhá. Tím mohl být výzkum zkreslen. Tato spolupracující skupina zákonných zástupců nevnímá příliš překážek. Se zákonnými zástupci, kteří nespolupracují a mohou vnímat překážek nejvíce, bylo náročné navázat kontakt, natož je motivovat k rozhovoru.

Drop-out činili 3 respondenti. Byli to respondenti, kteří spadají mezi komplikovanější část klientů KAAPDD. Spolupráce s nimi je značně kolísavá. Jejich děti mají v ambulantní léčbě více problémů – všechny děti musely být odeslány do rezidenčního zařízení. Tito 3 zákonní zástupci se od z bylých 7 s polupracujících respondentů liší tím, že mají v anamnéze psychiatrické onemocnění a vlastní historii zneužívání návykových látek. Vzhledem k dalším obtížím, které tito zákonní zástupci řeší, je možné, že se nevěnují stabilizaci svého psychického stavu a jsou dekompenzovaní. Spolupráce s KAAPDD pro tyto zákonné zástupce může být vyčerpávající. Z anamnézy víme, o dřívějším zneužívání návykových látek těmito zákonnými zástupci. Nabízí se zde možnost, že se svou závislostí bojují i v současnosti. Spolupráce a rozhovory mohou být pro tuto skupinu ohrožující. Jako hlavní doporučení pro tuto skupinu klientů vidím po uběhnutí prvních třech úvodních sezeních – diagnostické fázi, kde se objeví výše zmíněné jevy v anamnéze, zacílení pozornosti na zákonného zástupce. Jeho přizvání, citlivá psychoedukace na danou problematiku a doporučení, či případný doprovod do psychiatrické ambulance, kde by se mohl stabilizovat psychický stav. Tím by mohly odpadnout případné výkyvy nálad a spolupráce.

Faktorem, který by mohl zákonné zástupce ke spolupráci více motivovat, by bylo v rámci třístranné dohody např. se sociální kurátorkou pro mládež, vymezení a

důsledné naplňování sankcí v případě nespolupráce. Jak zmiňuje ve své knize citují Gjuričová s Kubičková (2009) Imeldu McCarthy jde o přístup, kdy rodina nepřichází dobrovolně, ale volí terapii jako lepší variantu oproti tvrdším sankcím jako je např. umístění dítěte do ústavní péče.

Dalším zkreslujícím faktorem mohl být fakt, že mě zákonní zástupci znají, jelikož jsem prováděla výzkum v zařízení, kde jsem zaměstnaná. Respondenti mohli mít obavy sdělit mi negativní skutečnosti ohledně provozu a personálu.

Fakt, že se se zákonnými zástupci známe, měl vliv i na podobu rozhovorů. Než začal samotný výzkum, měli respondenti často tendence řešit záležitosti týkající se jejich potomků. Dostávali na to cíleně prostor. Otázky interview jsem u některých rozhovorů přeformulovala, aby v toku řeči zněli přirozeněji. Z toho plyne riziko, že se mi mohlo dostat rozdílných odpovědí. Výzkumné otázky jsem často prokládala dalšími otázkami a dalšími reakcemi v důsledku empatické odpovědi na situace a osoby, jež jsou mi známé.

Z výzkumu vyšlo najevo, že spíše než motivující faktory na straně KAAPDD je pro zákonné zástupce důležitá krizová situace, která je mobilizuje k akci. Oceňují vstřícný přístup pracovníků, kteří jim v krizi dokáží být nápomocní. Největšími překážkami se v tomto výzkumu ukázaly být praktické překážky – umístění ambulance, malé děti, které nemá kdo pohlídat.

Jako vhodné řešení problému s umístěním ambulance se jeví podrobné popsání cesty na letáku a webových stránkách. Ukazatele cesty se jsou v okolí KAAPDD vyvěšené, ale ukazuje se to jako nedostatečné řešení.

Pro matky s dětmi by bylo vhodné v prostorách ambulance vytvořit dětský koutek a najmout specializovaný personál na hlídání dětí. Na tuto činnost by bylo možné napsat projekt.

Usuzuji, že velkým přínosem pro porozumění této problematice by byla realizace výzkumu s těmi klienty, kteří často z léčby a výzkumů vypadávají. Jako vhodné se jeví téma přepracovat tak, aby bylo pro klienty co nejméně ohrožující – zaměřené na podpůrné faktory. Myslím, že by bylo účinné nabídnout finanční odměnu, která by mohla klienty motivovat k účasti na výzkumu.

Vzhledem k tomu, že se adiktologické ambulance pro děti a mladistvé začínají na území České republiky zavádět, nebyl jiný obdobný výzkum v takovémto zařízení realizován. Bylo by vhodné v něm nadále pokračovat.

V. ZÁVĚR

Ze zapojení rodiny do léčby mladistvého plynou pro klienty v léčbě závislosti výhody. Mezi ně patří silnější pouto s terapeutem, nižší tendence seskupovat se s problémovými vrstevníky a větší investice do léčby. Největším přínosem je delší setrvání v léčbě a snížení počtu recidiv.

Fokus může být jak na adolescenta, tak na rodiče, ale může být zvolen i multidimenzionální přístup, kde je do léčby zahrnuto širší okolí. Metod jak pracovat s těmito rodinami je také několik – rodinná terapie, rodinné poradenství.

Děti a mladiství klienti jsou vzhledem ke svému nízkému věku na své rodiče či zákonné zástupce zcela odkázáni. Nelze je z rodinného systému vyjmout. Aby nastala změna, je třeba ji nastolit v celém systému.. Nízký věk a nezralost klienta jsou hlavní indikací k práci s rodinou.

Zapojení rodiny do léčby je ale velmi obtížný úkol. Svým chováním a přístupem mají členové rodiny tendence zachovávat patologickou homeostázu, ve které má závislost své místo. Často mají rodiny negativní zkušenosti s jiným typem služeb, které zkreslují pohled na služby aktuální. Rodiny mívají mnoho problémů, mohou mít obavu z prozrazení některých skutečností. Mají potřebu řešit problémy, které jsou pro ně palčivější.

Motivace rodičů a zákonných zástupců je pro profesionály velkou výzvou. Ve většině případů se zdají být nemotivovaní. Práce s motivací leží především na odborném personálu. Odpor by měl být indikátorem ke změně práce. Motivace se také liší podle toho, zda je docházka do služby navržena třetí stranou (jako např. OSPOD) a zda jsou za její nedodržování vyžadovány sankce.

Docházka zákonných zástupců patří do léčebného programu KAAPDD a je zanesena do podmínek léčby. Přesto zákonní zástupci využívají rodinné terapie, práce s rodinou, či vlastní individuální terapie v případě vlastních obtíží spíše okrajově.

Cílem této práce bylo zjistit, co zákonné zástupce motivuje ke spolupráci s KAAPDD, identifikace překážek bránících spolupráci s KAAPDD a skutečnost, jak zákonní zástupci vnímají svou úlohu v KAAPDD. Výzkumného šetření se zúčastnilo 7 z 10 oslovených zákonných zástupců.

Jako motivující faktor vidí především pomoc v náročné životní situaci a informace o dané problematice. Dále vstřícný neodsuzující přístup pracovníků. Rádi využívají

„neutrální půdy“ ambulance, kde se jim lépe komunikují obtížná témata s jejich dětmi/svěřenci. Jsou vděční za prostor, kde se můžou svěřit s vlastními problémy.

Překážky jsou především praktické. Nemožnost pohlídat malé děti u maminek na mateřské dovolené. Potom umístění ambulance, která je z hlavní silnice špatně viditelná, sídlí na kopci – může dělat obtíže zdravotně znevýhodněným zákonným zástupcům. Překážkou může být i nabízená skupinová práce, kdy zákonní zástupci upřednostňují individuální formu spolupráce. Překážky ve smyslu „kamenů na cestě“, vycházejících z motivačních rozhovorů, nebyly tímto výzkumem prokázány .

Svou úlohu vnímají zákonní zástupci jako důležitou v procesu léčby. Jedním z důvodů je, že vidí mladistvý podporu od svých zákonných zástupců. Dojde k objektivizaci informací, které mladistvý přináší. Díky obdrženým informacím dokáží změnit přístup k mladistvému, což může napomoci abstinenci. Zodpovědnost za úzdravu vidí na mladistvém klientovi.

Výzkumný vzorek je velmi malý na to, aby se daly výsledky zobecnit. Přínosem by bylo najít způsob, jakým motivovat k participaci na výzkumu nespolupracující zákonné zástupce. Najít postupy práce, které by se daly na tuto cílovou skupinu aplikovat.

VII. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), (1999). *Treatment improvement protocol (TIP) series*. U.S. Department of health and human services.

Čtrnáctá, Š. (2013). Kdo je klient? Rodina, uživatel, nebo jeho blízcí? Různé terapeutické perspektivy. In Čtrnáctá, Š. [Ed.], *Rodina a drogy. Sborník odborné konference*. Praha: SANANIM.

De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D., & Jainchill, N. (1994). Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability (The CMRS Scales): Predicting retention in Therapeutic community treatment. *Drug alcohol abuse*. 20 (4), 495-515.

Doody, O. et Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher*. 20 (5), 28-32.

EPRAVO.CZ – Sbírka zákonů, judikatura, právo (2001). *Zákonné zastoupení* [online].. Sbírka zákonů, judikatura, právo. Vydáno 11.5.2001 [cit. 31.8.2018]. Retrieved from: <https://www.epravo.cz/top/clanky/zakonne-zastoupeni-7109.html>, 31.8. 2018

Ferjnčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Gjuričová, Š., Kubička, J. (2003) *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing.

Gjuričová, Š., Kubička, J. (2003) *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy. 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing.

Gunnarsdottir, T., Niardvik, U., Olafsdottir, A. S., Craighead, L. W. & Blarnason, R. (2011). The role of parental motivation in family-based treatment for childhood obesity. *Obesity*. 19 (8), 54-62.

Haine-Schlagel, R. & Escobar Walsh, N. (2015). A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 18 (2), 133-150.

Hajný, M. (2008) Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In Kalina, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Haley, J. (1978). Rodinná terapie. *Rodinná terapie 1.*, 28-36.

Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2012). Chapter 1: Motivation and Action: introduction and overview. In Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (eds.). *Motivation and Action (Paperback 2nd ed.)*. UK: Cambridge university press.

Chvála, V. & Trapková, L. (2014). Je každé setkání lékaře s rodinou rodinná terapie? Příspěvek k léčbě PPP. *Psychiatrie pro praxi*, 15 (1), 31-34.

Justen-Horsten, A. (2004). Systemická rodinná terapie. In Vymětal, J. et al. *Obecná psychoterapie* (pp. 301-319). Praha: Grada Publishing.

Kalina, K.. (2003). Rodinná terapie a práce s rodinou. In Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (pp. 45-51). Praha, Česká republika: Úřad vlády České republiky.

Karver, M. S. et al. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical psychology review*, 26 (1), 50-65.

Kauffman, E. & Yoshioka, M. (2004). *Substance abuse treatment and family therapy: a treatment improvement protocol*. Rockville: U.S. Department of health and human services.

Langmaier, J., Balcar, K. & Špitz, J. (1989). *Dětská psychoterapie*. Praha: Avicenum.

Liddle, H. A. (2013). Multidimensional Family Therapy for adolescents substance abuse: A developmental approach. In Miller, P. (Ed.), *Interventions for addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders, volume 3* (pp. 87-95). San Diego, CA: Academic Press.

Matoušek, O. & Pazlarová, Š. et al. (2014). *Podpora rodiny : manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Minuchin, S. (1999). *Family therapy techniques*. Massachusetts: Harvard.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Nakonečný, M. (1996). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.

Operační manuál Krajské adiktologické ambulance a poradny pro děti a dorost. (2018). Ústí nad Labem: DRUG-OUT Klub, z.s. (nepublikováno)

Role rodinného terapeuta [online]. Praha: Sirius, o.p.s. Vydáno 26.1.2016 [cit. 31.8.2018]. Retrieved from: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/problemy-v-rodine/rodinna-terapie/role-rodinneho-terapeuta.shtml>

Rollnick, S., Miller, W. & Butler, C. (2008) *Motivational Interviewing in Health Care*. United states: Guilford Publications.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.

Satir, V. (2007) *Společná terapie rodiny*. Praha: Portál.

Skorunka, D. (2016). Povolání: Rodinný terapeut, *Psychoterapie*, 10 (1), 36-50.

Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.

Steinglass, P. (2009). Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders: an integrative model. *Journal of family therapy*. 31 (2), 155-174.

Szapocznik, J., & Coatsworth, J. D. (1999). An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse: A developmental model of risk and protection. In M. D. Glantz & C. R. Hartel (Eds.), *Drug abuse: Origins & interventions* (pp. 331-366). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Štelclová, J.(2011). *Základní informace k modelu růstu* [online]. Vydáno 27.8.2011 [cit. 9.11.2018]. Retrieved from: <http://eliskaholubova.blogspot.com/2013/08/model-rustu-virginie-satirova.html>

Těmínová, M. (2008) Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Thompson et. al. (2009). *Keeping families engaged: the effects of home-based family therapy enhanced with experiential activities*. ; *Social work research*, 33 (2), 121–126.

Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. Praha: Portál.

Wand, G. C. (2013). *The benefits of family involvement in substance abuse treatment for adolescents*. Alberta: Master of Arts - Integrated Studies.

VI. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I. – Transkripty rozhovorů s respondenty

PŘÍLOHA I

TRANSKRIPTY ROZHOVORŮ S RESPONDENTY

Respondent č. 1

T: Tak, vidím, že diktafon funguje... Můžem se tedy do toho pustit?

R: Ano, určitě.

T: Co pro Vás znamená spolupráce s naší ambulancí? Jak jí vnímáte?

R: No... Pro mě to vlastně byla obrovská pomoc. Protože vlastně když jsem se dozvěděla, že mi dcera fetuje, tak jsem vůbec nevěděla, co mám dělat. Nikdy jsem s tím před tím do styku nepřišla a hledala jsem něco..někoho, kdo mi s tím pomůže. Takže tady jsem teda pomoc našla. Teda...já už sem před tím byla v tom drogovým..protidrogovým v Litoměřicích . Ale tam ňák jako i ta Radka nechtěla spolupracovat s těma lidma, takže tadyto pro mě bylo vlastně jako... Tady je to zaměření lepší...

T: Na úvodním sezení, se Vám nabízela forma spolupráce s naší ambulancí – rodičovská skupina, nebo individuální terapie a potom ještě společná sezení s Vaší dcerou. Vybrala jste si něco? A popřípadě proč?

R: No...já si vlastně potom vybrala takový ty společná sezení. Já pak jako nemám potřebu někam chodit a vykládat své problémy cizím lidem. Ono je to stejně o tom, jak člověk zná to svoje dítě. Aaa...prostě přišlo mi to zbytečný. Člověk už má takhle starostí dost. Do Ústí jako dojíždím do práce. Sem ráda, že potom jedu domů. Takže jsem zvolila jen tady tu formu. Neměla jsem pocit, že by to bylo něco, co bych nezvládla.

T: Jak rozumíte tomu, že sem máte docházet?

R: Jak...Jak... No jde přece o moje dítě. Chci mu pomoci. Ale to se prostě nedá, když je v tom člověk citově namočený.. Proto jsme potřebovali najít někoho nezaujatýho. A to ste Vy.

T: Jak by podle Vás měla vypadat ideální spolupráce?

R: Mě to takhle vyhovuje. Já bych neměnila.

T: Jak jste spokojená s umístěním ambulance?

R: No...Ale jo. Je to sice v jiném městě, ale to se dá pořád zvládnout. Všechno se dá zvládnout...Já tady pracuju, volno v práci si udělat můžu. Ale teda Radka má odpoledne zabít, když sem jede. To se dá snad ale přežít. Ona sem jezdí ráda.

T: Jak jste spokojená s otevírací dobou?

R: Naprosto v pořádku.

T: Jak hodnotíte komunikaci s pracovníky ambulance?

R: Všechno je OK. Já jsem spokojená.

T: Zažila jste někdy situaci, která by Vám pobyt v ambulanci znepříjemnila, či nějak zkomplikovala?

R: Nee.

T: Máte nějaké osobní důvody bránící spolupráci?

R: No..Teď zatím ne. Ale jak jste si všimla, jsem těhotná. Teď jak jsem šla ty schody sem, tak ještě teď jsem z toho zafuřená (smích). Až se narodí prcek, bude to asi komplikovanější.

T: Máte pocit, že má to, že chodíte na společná sezení nějaký profit na léčbu Vaší dcery?

R: Jo. Určitě. Je to prostě lepší, když slyším i ten Váš názor. Nebo když se dozvim, co tu vlastně řešíte. Radka mi spoustu věcí neřekne. Navíc mám pořád problém jí věřit...A myslím, že to je lepší i pro Vás. Že se dozvíte pravdu. Rád'a je ráda zajímavá a vymejší si. (Ticho) Navíc...Řekly jsme si tu spoustu věcí, který bychom si asi jinak neřekly. A taky jsme tu určily nějaký pravidla. Ale do toho teda pořád vstupuje moje máma, která Radce slibuje blbosti.

T: Kdo je podle Vás zodpovědný za úzdravu Vašeho dítěte?

R: Jako..jak to myslíte? Zodpovědnej..? Tak snad hlavně ona! Já jí můžu pomoci, ale fetovat za ní nepřestanu, že jo.. To samý Vy! Můžete jí chtít stokrát pomoc, ale když nebude chtít, nic s ní nehne.

T: Vnímáte, že má pro Vás a Vaše dítě docházka do ambulance smysl?

R: Takhle... Občas teda nevím, co si o Kátě myslet. To je takový hodně nahoru a dolů. Občas si říkám, jestli v něčem zase nejede.. Ale když to srovnám s tím, jak to vypadalo před půl rokem. To byla katastrofa. Ta se chtěla normálně ufetovat. A teď teda můžu říct, že to je lepší.

T: Tak..a to je z mé strany vše, co jsem potřebovala vědět.

R: Jo aha! To bylo takhle rychlý??

T: Ano. Chtěla byste si povídat dýl?

R: Ale to ne (smích) Jen mě to překvapilo.

T: Moc Vám děkuji za Vaší ochotu a Váš čas.

R: Rádo se stalo. Tak Vám přeju, ať to zvládnete napsat.

T: Moc děkuju.

Respondent č. 2

T: Co pro Vás znamená spolupráce s naší ambulancí? Jak si ji vykládáte?

R: Ježišmarja...To jsou povídací otázky..Uf. Takže – co to pro mě znamená? No řekněme, že jsem měl takovej pocit...Nebo prostě tušil sem, že ta situace není úplně zvládnutelná bez pomoci někoho – to je otázka koho. Nevěděl jsem, takže jsem byl nasměrovanej na adiktologii a asi...to co sem očekával se splnilo.

T: Můžu se zeptat, jak jste na nás přišel? Kdo nás doporučil?

R: No, mám kamarádku, která dělá na SVPěčku a nejsem si jistej, ale myslim, že od ní. Že mi dala nějakej kontakt, nebo telefon. Už si nejsem jistej. Takže takhle. Pak už jenom telefonát a šup šup..už jsem tady byl. Zjistil sem, že je situace zralá k radikálnímu řešení. To co sem zjistil, co sem nevěděl, bylo teda, že je potřeba rychle jednat. Takže takhle.

T: Jak rozumíte tomu, že máte do ambulance docházet i Vy jako rodič?

R: Myslím, že to je v pořádku. To se mě týká samozřejmě jako rodiče. To jo.

T: Jak by podle Vás měla vypadat ideální spolupráce?

R: Netuším. Nevím. Jak má....To je těžký. To absolutně nejsem schopnej říct. Fakt nevím, co k tomu říct.

T: No..je tu něco, co byste zlepšil?

R: No to právě neumím říct. Já to nemám s čím porovnat (povzdechnutí). Musel bych se nějak hluboce zamýšlet.. No tak – my jsme více méně v kontaktu. Nejsme v pravidelném kontaktu, ale to není úplně nutný, protože Vy můžete zavolat, když budete něco chtít a já Vám taky, takže ten kontakt tam je. Jediný, co jsem nenaplnil, že jsem měl nějakým způsobem se sejít s Vaší psychologkou. Ani náky tý komunity sem se nezúčastnil. Myslím, že to není nezbytný. Ale pokud by z Vaší strany zase

vyvstal nějaký požadavek, tak to není problém. No a já si myslím, že to..No ideál bych prostě nechal. Nějaký optimum by se možná dalo najít. Optimum plus minus splňujeme. Nic jinýho mě nenapadá.

T: Teď jste mluvil vlastně o nějakých formách spolupráce, který tu nabízíme. Na začátku jste dostal vlastně na výběr – individuál nebo rodičovská skupina a sezení s Petrem. Mohl byste mi, prosím, objasnit, proč jste si vybral ta společná setkávání a proč jste odmítl rodičovskou skupinu a individuální setkávání?

R: Tak já jsem si zatím nic nevybral. To zatím ne. Ale pokud bych si měl vybrat, tak bych..Ne, že bych nemoh jít mezi rodiče, tam bych asi problém neměl. Ale radši bych individuálně, protože ty děcka, který sem docházej, nebo ty klienti...myslím si – neznám, myslím si, že mezi nima jsou obrovský rozdíly, takže nevím, co by mi mělo dát, že bych viděl rodiče jiných dětí. Možná náhled na problém. Ale nemyslím si, že by to mělo mě – Mě nějak pomoci. To si myslím, že ne. A rozhovor s psychologkou. To si myslím spíš jako kdyby ona sama chtěla. Jo a já..mám toho..Takže od rána do večera. Tak sem to trochu hodil za hlavu. Ale tak jako kdybyste zvedla telefon a zavolala, tak já bych se nějak. Je to spíš o tom, že tam si nějak musíte dojednat čas a to už já pak odsunu a za týden to zapomenou a už na to nemyslím.

T: Takže říkáte, že si nějakým způsobem dokážete představit individuální setkání, kdyby Vám to někdo řekl a odůvodnil proč? A ta skupina ta Vám přijde...Máte pocit, že když někdo řeší jiný problém, třeba s jiným druhem návykových látek, tak byste nedostal odpověď na nějaké Vaše otázky?

R: Nooo..možná nějaký informace. Ty skupinový jsou určitě zajímavý. Mě by to asi něco... Že by mě to zajímalo..Mě by to spíš zajímalo mimo kluka, že jo. Joo? Třeba. Protože mám na starosti děti, který jsou v 7mý, 8mý a můžou se dostat do problémů, tak abych třeba dopředu tušil, jak to může vypadat, nebo co ty rodiče. Ale z hlediska kluka si myslím, že bych šel spíš cestou individuální. Ale to je takovej momentální názor. Když si třeba představím, že bude někdo v nějakých problémech. Nevím jakých..Úplně odlišných od Petra. Vzhledem k tomu, že on je takovej, že sem tam něco čoudne, tak není..Nebo já nevím. Choděj sem přece ty, co jsou na tvrdějších drogách, předpokládám...

T: Ano, taky.

R: To si myslím, že..Nebo doufám, že takhle to není, že to je jenom ta tráva. Vim, že to není daleko ten průšvih. No, ale pak když je někdo na tvrdějších drogách a jeho sociální zázemí je kritický, nebo špatný, tak si myslím, že ten problém je úplně, ale úplně někde jinde. I když je podobnější. Tím to podle mě začíná. No a zároveň teda nevím, jaký jiný intelekt může mít to dítě a to všechno tam staví úplně jiný podmínky. Tak já nevím. Ale vůbec netuším, jestli to tak je.

T: Když se dostaneme k jádru závislosti, jsou ty problémy dost podobné. Ale je pravda, že se rodiče jiných dětí mohou potýkat i s odlišnými problémy, než Vy. Setkáváme se tu s dětmi, které jsou v různé fázi užívání návykových látek – od experimentátorů, po závislé. A samozřejmě i ty druhy návykových látek se mohou lišit. A je normální, že každému vyhovuje něco jiného

R: A já.. Člověk se potká s mnoha rodiči. Stačí rodičovský sdružení. Teďka bylo v pondělí konkrétně. Prostě – řešíte nějaký problém a říkáte si – zavolám rodiče a vyřeším to s rodičema. Zjistíte v mnoha případech, že to byla chyba. S kým se tam potkám? S největšími individuuama, že jo. Ten rodič vypadá na první pohled normálně, ale potom řekne pět vět a řeknete si – s kým já to tady mluvím. No, tak pak vidím, že ten problém musím vyřešit s dítětem. Většinou se ukazuje nějaká ta jeho omezenost, jednoduchost, pak já nevím co ještě, no..a nebo finance, I když finance to podle mě většinou nejsou. Nebo mají problémy finanční, protože prokouří 2000,- máma, 2000,- táta a dítě nemá na oběd. Takže já jsem skeptik. Skeptik ohledně průměrného občana a průměrného rodiče.(odmlka) Ne, trochu přeháním. Kdyby bylo potřeba, nebo kdybyste měla potřebu, tak bych se zúčastnil. Ta Vaše psycholožka samotná, tak kdyby cokoliv chtěla, tak já bych přijel a domluvil bych se. Ale já nejsem... Jsem lempl a i když mám někde kontakt – tuším, že nějaký papírek jsem si od Vás kdysi vzal, no tak už je to dávno.

T: Slyším, že toho máte asi hodně.

R: Mám toho dost. Mám dost času na odpočinek, ale tak protože si říkám – no, tak to asi není podstatný (zvoní mu telefon- omlouvá se, vyřizuje).

T: Už nám zbývá pár posledních otázek. Můžu pokračovat? Jak jste spokojen s umístěním ambulance?

R: Normálka. Prostě centrum města.

T: Jak Vám vyhovuje otevírací doba?

R: Nemám problém.

T: Jak hodnotíte komunikaci s pracovníky?

R: Nemám problém.

T: Zažil jste nějakou situaci, která by Vám pobyt tady znepříjemnila? Nebo Vám nebyla nějak jasná?

R: Ne.

T: Máte pocit, že ty společný setkání můžou pomáhat Petrovi v posunu v léčbě?

R: Jaký teďka máte na mysli?

T: Takový ty u kterých jste Vy společně s Petrem.

R: Jo, určitě. Ono by to bylo i nadále prospěšný, ale já z nějakýho důvodu...Ale ten důvod je mimo.

T: Kde podle Vás leží zodpovědnost za úzdravu?

R: To je na Petrovi a na nás. Na rodičích. Adiktologická poradna nemá podle mě zodpovědnost žádnou. To je jenom někdo, kdo vstupuje zvenčí a snaží se bejt nějak

nápomocnej. Takže na něm a případně na rodičích, protože pořád je ve věku, kdy jsme za něj zodpovědný. Já se s Petrem nekontaktuju z nějakýho důvodu a on ví, co já po něm chci. Možná o tom moc nepřemýšlí, protože může bejt naštvanej a uraženej. Ale já od něj chci, aby se choval slušně k matce a otci. Takovýhle zásady, ale to není problém. Aby nehulil, aby pokud možno přestal kouřit, ale to je obtížnější a aby našel nějakým způsobem normální smysl života. Takže nějaký sport, nějakou hoku, školu – to je samozřejmě jeho povinnost a aby fungoval normálně. A když tohle naplní, tak potom já budu plnit funkci rodiče. Když tohle neplní, nebo to plní špatně, tak potom ode mě nemůže nic čekat. Já nebydlím tam, kde bydlí on. Kdybych tam bydlel, vyhodím ho z baráku. Je to trošku jinak, proto sem nechodím. Ono to dítě dostává spoustu věcí a pak Vám vmete do ksichtu, že na Vás není závislý. Dobře, nejseš na mě závislej! Takže tak.

T: Vnímáte, že má pro Vás a Petra docházka do ambulance smysl?

R: Tak ta situace je teď taková, že spolu nekomunikujeme...Ale za tu dobu, co sem chodíme, nějaký optimum plus mínus splňujeme. Nic jinýho mě nenapadá.

Respondent č. 3

T: Co pro Vás znamená spolupráce s naší ambulancí? Jak jí vnímáte?

R: No tak pro mě to je hlavně to, že se můžu vypovídat.

T: Ehm.

R: Informace, jak mám přistupovat ke Kamile, k tomu jejímu problému a (ticho)
Nevim, já sem chodim prostě ráda. Spíš jako na pokec.

T: Je to pro Vás spíš takový...

R: Takovej relax. Získám i nějaký zkušenosti a relax, no.

T: Takže upustíte trochu ten přetlak, který se nasbírá...

R: Přesně.

T: A jakou formu spolupráce jste si vybrala? Je jich několik. Byla Vám nabídnuta na začátku. Individuální sezení – takhle jak jsme tvář v tvář, sezení s Laurou a potom rodičovská skupina.

R: Tak na tu skupinu jdu dneska poprvé. Já nemám vůbec tušení jak to probíhá, nebo neprobíhá, tak uvidim.

T: Takže jste zvědavá?

R: (smích) Asi se budu muset představit a tak...To asi jo, co?

T: To určitě ano. A můžu se zeptat, Vy jste z toho měla do teď nějakou obavu? Jakou máte vůbec představu o té rodičovské skupině?

R: Asi nějaký rady. Ledascos. Nějaký rady jak jí pomoc, jak řešit různé situace a tak. Spíš tady to očekávám. Ale jako nebaví mě tam zas jako něco říkat. Mě stačí zas vždycky semináře, jak máme od pěstounský péče. A tam taky, že jo..Vlastně musíte vyprávět k tomu danému tématu, nějaký svůj názor. Prostě tak tady to mi nedělá moc dobře. Já jsem takovej vděčnej posluchač než abych tam jako povídala, no.

T: Takže Vám vyhovuje víc individuální spolupráce, než práce ve skupině?

R: Přesně.

T: Jak rozumíte tomu, že chcem i po Váš, abyste sem chodila? Že to není jen o Kamile, ale musíte sem i Vy?

R: Tak žijeme spolu, tak je to prostě potřeba. Neříkám pokaždý. Spíš ta Kamila častěji a já třeba jednou za měsíc. Jako aby sme si ujasnily co a jak a jak se to dál vyvíjí. Taky z těch schůzek, co sem chodim, načerpám taky hodně informací, nebo jak na ní a jak si s jakoukoliv situací poradit.

T: Je něco, co byste změnila? Jak by podle Váš měla vypadat ideální spolupráce? Nebo něco, co byste potřebovala, aby to pro Váš bylo příjemnější?

R: Tak mě by to vyhovovalo, kdybych chodila já třeba jen jednou za měsíc. Třeba s tou Kamilou. A pak Kamila sama. Třeba ob týden nebo tak nějak. Pak je toho ...Tím, že chodí teďka do té školy, tak je to všechno takový hektický. A vlastně ono více méně navazuje na to, že když jde sem, tak jde i k paní kurátorce. Tak aspoň v ten jeden den, že se to spojí. Ale kdyby to mělo bejt jakoby každé den, nebo ob den, tak je to strašně náročný. Časově určitě, no.

T: Jak jste spokojená s umístěním ambulance?

R: Místo docela v pohodě, až na ten kopec. To mám problémy, to funim. (smích) Prostě nemám ráda kopečky. Jinak jo...Mě se tady líbí, máte to hezký.

T: A co otevírací doba, ta Vám vyhovuje?

R: Jo, to je v pohodě.

T: Jak hodnotíte komunikaci se zdejšími pracovníky?

R: Uplně v pohodě, bez problémů. Všechno je v pohodě tady.

T: Zažila jste tu někdy situaci, která by Vám pobyt zde znepříjemnila?

R: Ne. Nemůžu říct, fakt ne.

T: Nějaké osobní důvody, které by mohly bránit spolupráci?

R: Ne. Nic takovýho.

T: Jaká z těch možností spolupráce Vám přijde přínosnější?

R: Asi možná když tam jsem s ní. Ne pořád, ale jak říkám – aspoň jednou za měsíc taková konfrontace nás obou spolu.

T: Dokážete nějak specifikovat, čím to může být?

R: Nooo... Spíš se Kamila nad tím zamyslí víc, si myslím. Než kdybych jí to takhle říkala sama třeba mimo. Nebo kdyby sme byli doma. Spíš jí to tam zůstane v tý hlavě, takže asi takhle, no. Neútočí, není hned agresivní. Tady se třeba drží. Ale je to takový v poklidu, než třeba doma. Doma se to kolikrát třeba i vyhroť, že jo. Když prdím víc, ona pak taky reaguje jinak. Ale tady je to v poklidu.

T: Máte pocit, že Kamila z Vaší společné docházky k nám něco čerpá?

R: Já nevím. Ona si ráda povídá, takže to je asi plus. Asi to povídání. Ona totiž ráda povídá. Kolikrát je to až únavný. (smích) To jí taky pomáhá.

T: Kde leží zodpovědnost za Kamily úzdravu? Je to víc na nás jako na odbornících, na Kamile, nebo na rodině?

R: No hlavně je to na ní, že jo, jako. Lidi můžou pomáhat. Jako člověk se může rozkrájet a když ten danej nechce, tak s tím nikdo nic neudělá. Ale ty Řevnice ty teda pomohly hodně. Ty Hodkovičky se ani mě nelíbily. To mi připadalo trošku jako sekta. Jako dovolat se tam... Já sem tam třeba volala teď jak sem potřebovala Kamilu omluvit. A tam se dovolat, to je teda umění. Oni si Vás přehazují jak horkej brambor. Ty Řevnice, to je něco úplně jinýho. A to i Kamila říkala jako. Tam měli lidi sezení, terapie, jezdili na těch koních, lezli po skalách, pak si vařili. Já si myslím, že v těch Hodkovičkách to takhle neprobíhá. Tam prostře i když jdou do školy, tak pak přijdou a jenom se učej. Já nevím, jestli tam s nima někdo něco rozebírá. Ty Řevnice člověku fakt něco daj. Jako ona sama říkala, že se jí tam líbilo. Bejt to tady v Ústí, tak se tam prej jako klidně přesune. No asi v tomhle smyslu. Měla by nás poblíž, ale klidně by tam byla s těma holkama. Tak co se mnou doma.

T: To zní, jakože v Řevnicích odvádějí dobrou práci.

R: No to mě právě taky překvapuje. Já sem myslela, že se jí tam jako nebude líbit a nebo že bude nadávat a otravovat, že už chce domů. Tak tohle dělala v Hodkovičkách. Tam byla spíš taková rozhozená. Tady byla taková vyklidněná. Telefonovaly sme si každý den, občas sme tam přijely na návštěvu. Tam měli vlastně i otevřenou bránu, takže mohly kdykoliv utýct. Vždyť Laura jak skákala v Hodkovičkách z toho okna... Tak tady měla taky prostor, že by mohla.

T: Už jste mi možná odpověděla, ale zeptám se ještě jednou. Máte pocit, že má pro Vás dvě docházka sem do ambulance smysl?

R: Určitě. Jak pro mě, tak pro ní. Vlastně i na to braní. Teď je čistá, že jo. Tak my se o tom i bavíme. Ne teda každý den, ale občas na to člověk narazí.

T: Ještě mě napadá.... Dostala jste v úvodu dostatek informací o tom, jak to tu máme s docházkou?

R: Jo, určitě jo.

T: A to je všechno! Děkuju.

R: Není vůbec zač.

Respondent č. 4

T: Co pro Vás znamená spolupráce s touhle ambulancí?

R: Takovej pocit jistoty. Že, ono to vlastně vzešlo ze školy. My jsme to podezření neměli a nemysleli jsme si, že je nějaký problém. Ale takovej pocit jistoty, že tím, že spolupracuju, tak si od toho slibuju to, že zároveň i někdo jinej mi ho pomůže kontrolovat v tomhle problémovém věku a takovej třeba i argument pro tu školu, by se dalo říct.

T: Takže máte podporu i z jiného místa?

R: Tak. Protože my od malička spolupracujeme u Karla na psychiatrii a na psychologii, neurologii. A to je vlastně tím, že přišel do těchhle let, jak se říká, tak my jsme docházeli k paní Klímové a pak přišlo tohle podzření, tak jsme začli spolupracovat s Váma a jsme domluvení s paní Klímovou, že je zbytečný chodit na dvě pracoviště a že vlastně až by se to tady eventuálně ukončilo, tak se vrátíme k paní Klímové s tím, že říkala, že do těch 18ti let tam je taky možný chodit a já to беру jako takovej psychologické pohovor s tím dotyčným, protože i když já se snažím si s ním doma povídat, tak to moc nejde. „Co bylo ve škole?“ a Karel : „Nic.“ A to jsou takový ty odpovědi. A já si slibuju, že když jsem u vás viděla to mladý osazenstvo, tak třeba víte, jak si líp povídat. A já už jsem i starší rodič, protože jsem je měla pozdějš. A tím pádem prostě jsem o dvě generace jinde. Takže vůbec nechápu některý věci. Takže šlověk mu chce hrozně pomoc, ale on nechce. Jo, je takový to období, že maminka a tatínek je špatně. Takže z toho důvodu jsem začla využívat těchhle služeb. Aby měl s kým si pohovořit, s kým probrat tu problematiku. Paní Klímová říkala: „My mu nebudeme říkat něco jinýho, protože když Vás slyším, my říkáme úplně ty stejny věci.“ Akorát že on to potřebuje slyšet úplně od někoho jinýho. Tak sem potřebovala něco, abychom s ním přežili ten věk. (smích)

T: Na začátku jste si mohla vybrat z několika druhů spolupráce. Byla to rodičovská skupina, nebo individuální sezení a společná sezení s Vaším synem. Co z toho jste si vybrala a proč?

R: Zatím chodí Karel samostatně a já samostatně. S tím, že jsme se domlouvali, že by bylo dobrý jednou za čas udělat to společný sezení s Davidem.

T: Takhle Vám to zatím vyhovuje?

R: No no.

T: A když vezmu individuální sezení versus rodičovská skupina, proč jste se naklonila na stranu těch individuálních sezení?

R: Nějak jsem nad tím neuvažovala. Takhle to přišlo.

T: Jak rozumíte tomu, že sem máte docházet i Vy?

R: No protože potřebujete jako návaznost. Tak ňák to pomůže i mě, srovnat se s některýma věcmi, co jakoby probíráme doma. A že tam máme trochu problém. A zároveň si od toho slibuju, že když řeknu něco já ze své strany, tak se to dostane i tomu terapeutovi, kterej s ním pracuje. Předpokládám... A že se tak nějak ví, co se s ním má ještě probírat, nebo kam ho jakoby dát.

T: Myslíte to tak, aby ty informace byly nějak objektivní?

R: Tak, tak. Já si říkala, abyste to věděli i z té druhé strany eventuálně. A zároveň se přiznám, že si s paní psycholožkou rozumíme a že to pomůže i mě. Že se tak nějak vlastně uvolním. A zjistím, že nejsem úplně tak špatnej rodič. (smích) Že to je prostě blbý období, který se musí nějak zvládat.

T: Co byste potřebovala, aby se o té spolupráci dalo říct, že je ideální?

R: Já si myslím, že to takhle vyhovuje.

T: Jak jste spokojená s umístěním ambulance? Teď si nejsem jistá – jste z Ústí?

R: Já jsem z vesnic tady nahoře. Plánu auto tady do Fóra a dojdu to. To potom není problém.

T: S otevírací dobou spokojená jste?

R: Já mám pracovní dobu takovou, že se můžu přizpůsobit částečně, takže mě to nevadí.

T: Jak hodnotíte komunikaci se zdejšími pracovníky?

R: S myslím, že v pohodě. Prostě máme na sebe mobily a informujeme se, když něco odpadne. Jinak se mi donese prostě co je potřeba.

T: Máte pocit, že informace, které jste dostala na začátku, Vám byli dobře vysvětlené?

R: Já jsem neměla podezření na nějaký toxikologický problém u Karla a i se to potvrdilo, jo. Takže teda až teď jsem si říkala, že oslovím paní adiktoložku ve smyslu, že vznikl doma problém, kterej sem i chtěla, aby mi pomohla i rozebrat. Ale do téhle doby sem to vlastně tak nějak nechala na Vás, protože jsem doma neměla pocit, že to je takovej problém, abych to musela ještě s pomocí někoho řešit.

T: Zažila jste tu nějakou situaci, která by Vám pobyt znepříjemnila?

R: (ticho) Asi ne.

T: Pak tu mám otázku, jestli máte nějaké osobní důvody bránící spolupráci, ale vidím, že spolupracujete.

R: No. Žádný důvody nemám.

T: Myslíte, že má Vaše docházka profit na léčbu Karla?

R: No já doufám že jo. Vlastně tím že možná i on má pocit, že sem nechodí sám. Jak říkám. Doufám, že ty informace, který dávám, tak částečně – ty který jsou potřeba, jsou předány, nebo že o nich aspoň ví. Tak ta paní, co s Karlem spolupracuje, tak aby věděla, na co se zeptat. Něco jinýho je, když si nějaký téma přečtete a víte, tak třeba víte, jak se zeptat. Jakoby dělat, že o tom nevíte, ale potom si ho tam nasměrovat. Podle mě by sem měla chodit celá rodina. Můj muž na to moc není. Jinak si myslím, že bysme tady měli bejt třeba oba, žejo. Tak já vím, že třeba párkrát, když byly děti menší, že jsem třeba všechny děti přivedla a různě jsme komunikovali. Že se udělalo jakoby takový rodinný mini uskupení. Akorát si myslím, že ideál by bylo, kdyby am byl ten chlap. Protože ten je taky součást tý rodiny. Jde o to, že můj chlap si myslí, že psychologové jsou šarlatáni. Tam ta spolupráce není taková, jakou bych si představovala.

T: Často to bývá tak, že chodí pouze jeden z rodičů.

R: Ten chlap má prostě pocit, že všechno ví, všechno zná a že nepotřebuje jako s někým komunikovat. Co je 1 a 1 jsou 2, tak tomu rozumí. On je do tý fyziky, matiky. Tam je to daný. Tohle je moc abstraktní a to už prostě nejde.

T: Vnímáte nějak, na kom by měla ležet zodpovědnost za úzdravu toho dítěte? Je to zařízení, Karel, rodiče, nebo všichni dohromady?

R: Myslím si, že součinnost těch všech. Ale pořád je to nejvíc na nás – jako rodičích a na něm. Já to беру tak, že tohle je spíš podaná ruka. Pomoc. Abysme to nějak zvládli. Aby se nezhoup úplně někam... nešikovně. Prostě aby měl... Abysme to nějak ukočírovali. Já si myslím, že je dobrý pro to dítě takový to jakože – jemu se to daří. Že i když mu všichni všude nadávají, tak on potřebuje něco pozitivního, co je dobře. Teda ale teďka byl rodičák a jako první dostal pochvalu, že chodí do školy. A říkám: „Ha!“ Tak to mi teda připadá normální. Že prostě ty priority na těch školách jsou asi podle tý úrovně školy, nevím. Přišlo mi to takový jakoby zvláštní, že... A druhou pochvalu dostal za to, že na kluka to zase není tak špatný. A já teda na ně koukala... Nevím, ale čtyřky od shora dolů mě nepřipadaj nějak dobrý. A oni říkaj : „Nee, v pohodě. Může to bejt lepší, ale jde to. Jako já se nespokojím s takovýmhle málem. Jako já jsem byla vychovávána k tomu ze sebe vyždímat co nejvíc. A vůbec u těch

mejh dětí mi připadá, že nemaj takovou ctižádost. Takže já jim to neříkám takhle nahlas. Řeknu: „Hele, není to špatný, ale kdyby to prej bylo o kousek lepší, bylo by to super. Takže takhle s ním mluvím. Jako baví ho praxe, ale potřebuje tu teorii, že jo. Do života.

T: Máte tedy pocit, že to docházení sem má pro Vás nějaký smysl? Pro Vás i pro Karla?

R: Ano. Rozhodně ano. Právě že teď se to nějak vynechalo, protože byly zmatky s těma kdy se sem dostat. Ale ve škole jsou ochotný ho nechat si to nadělat ty hodiny. (ticho)

T: Ok, rozhovor je u konce. A já vám moc děkuji.

R: Tak jo.

Respondent č. 5

T: Co pro Vás znamená spolupráce s touhle ambulancí?

R: Já si myslím, že mi to určitě pomohlo, protože díky tomu vlastně přestal můj syn kouřit tu marihuanu. Tim, že sme ho poslali na to vyšetření k tomu psychologovi, který Vy ste objednávali v těch Litoměřicích, tak to ho donutilo. To ho donutilo. Protože ono mu řekla ta psycholožka, že jinak skončí vlastně v důchodu, protože bude schizofrenik, tak toho se tak lekl, že opravdu přestal kouřit tu marihuanu. A jinak sem mohla mluvit, říkat, co sem chtěla a nic ho nepřesvědčilo, až tady tohleto, že to slyšel opravdu od toho odborníka. Zase kdyby nebylo Vás, tak mě by to asi nenapadlo ho objednat k psychologovi. Takže v tom mi to jako pomohlo.

T: Jakou formu spolupráce s touhle ambulancí jste si vybrala? Na začátku Vám byla nabídnutá rodičovská skupina nebo individuální sezení a společná sezení s Milanem.

R: Jelikož můj syn je línej sem dojít – víte jakej on je... Tak většinou ho sem musím vždycky doprovodit. Tak většinou máme – jak jste to říkala, skupinový?

T: Myslíte asi společné sezení.

R: No no. Ale někdy sem občas zajde i sám, že jo. Takže je to vlastně jakoby střídavý.

T: Jak rozumíte tomu, že sem máte docházet i Vy? Že to není jen na Milanovi.

R: Tak já to беру. Určitě by mělo to dítě vidět, že jako spolupracujeme spolu. Aby to mělo jakoby větší efekt. Protože on vlastně vidí, že se zapojuju i já. Sme na něj víc lidí, takže si jako myslím, že to není špatný. Že by to takhle určitě mělo být. Ty rodiče by měli spolupracovat. Ne jenom sem poslat dítě a starejte se. (smích) Vytáhněte ho z toho.

T: Jak by podle Vás měla vypadat ideální spolupráce s námi?

R: Já si myslím, že sem spokojená. Určitě. Když Milan nedorazí, tak mi dáte vědět, že o tom vim, že se na to vyprd, takže to můžu nějakým způsobem řešit, takže já sem spokojená. Tady sou příjemný lidi. Všichni jste tady moc milí, příjemný, vstřícný. Takže já si nestěžuju na nic (smích).

T: Jak jste spokojená s umístěním ambulance?

R: Noo, to už je trošku horší. (smích) Máte to tady hodně do kopce, šílený ty schody. No já sem dneska jela autem, protože říkám... Na jednu stránku je to můj problém, protože sem silnej kuřák. Já sem vylezu a nedýchám. Já to musím vždycky nahoře vydýchat. To je zase můj problém, jo... Je to trošku náročnější sem vylízt. Ale taky je to trošku takový zastrčený. Jo. Že já sem třeba absolutně nevěděla, že něco takovýho existuje. Takže určitě by to mělo být víc viditelný. Třeba v centru by to bylo fajn. Někde v přízemí prostě. Dát tam větší ceduli, aby o tom lidi věděli. Protože když to dáte na internet, tak... Já sem třeba ani nevěděla, že se to jmenuje adiktologická, jo. Takže jak by to pak ty rodiče našli, když hledaj tu pomoc. Jedině že jim to řeknou ty kurátoři jako mě. Ale myslím si, že kdyby to bylo někde viditelný, třeba v tom centru města, tak.... Protože třeba hodně lidí ani nejde k tomu kurátorovi, jo..

T: Takže si myslíte, že je tu víc lidí, kteří by tu pomoc potřebovali, ale vůbec o nás nevědí?

R: No no. Jako kdybych o tom věděla, když už tenkrát začal kouřit tu trávu...syn. Když ještě neměl ty problémy se školou, tak bych to určitě využila. Protože (ticho) ten rodič to řeší nějakým způsobem. Takovýma těma klasickýma zákazama, zaracha, pak zkouší domlvu, když to nezabere, tak zákazy. Já nevím...Třeba televizi, kapesný. Když to nezabere, tak zkouší i fyzický tresty, když už toho má plný zuby. Ale pak to nezabere a už je v koncích. Pak už neví. Jako co dál? A kdyby věděl, že vy ste tady odborníci a že tady máte různý možnosti, tak určitě myslím, že by to využili.

T: Jak jste spokojená s otevírací dobou?

R: Já si myslím, že v pohodě. Akorát teda já mám problém kvůli tomu miminku, žejo, ráno se sem nějak dostat, takže holku musím brát s sebou. Ale to je zase kvůli tomu

doktorovi, žejo. Protože ten je tady většinou ráno. Ale třeba teď sme tady odpoledne a nebyl problém se s Váma domluvit.

T: Máte nějaký osobní důvody bránící spolupráci?

R: Jedině to mimčo. Protože dopoledne musím vzít malou s sebou, oblíknout jí, dát jí do kočárku, vylízt sem ten kopec, vytáhnout ten kočár. Je to složitější, no. A jak říkám je to právě kvůli tomu doktorovi když se nejedná o doktora, tak si myslím, že se dá domluvit na ty odpolední hodiny.

T: Jak teda hodnotíte komunikaci s pracovníky?

R: Sem spokojená. Určitě.

T: Zažila jste nějakou situaci, která by Vám pobyt tady nějak znepríjemnila?

R: Ne. (smích) To vůbec... To vůbec. Vždyť jste tady všichni milí. To se mi opravdu nestalo tady ještě.

T: Takže máte pocit, že Vaše docházka měla vliv na úspěch Milana v léčbě?

R: Jo, já si myslím. Protože cílem bylo, aby přestal kouřit trávu, což se jakoby splnilo. A teď jde o to, aby do toho jakoby nespád znova. Ale myslím si... Nechci být přehnaně optimistická, ale myslím si, že to je na dobrý cestě. Že to je na dobrý cestě. Teď jde o to ještě ho v tom maličko podpořit. Ale chtělo by to u něho, aby si našel nějakýho koníčka. Zaměřit se na něco jiného. A tady k tomu ho nemůžu dokopat. Protože on je línej. Nemá absolutně zájem o nic. Nemá žádnou motivaci. Protože jak jakoby kouřil tu trávu vlastně od 12ti let, což je strašně brzo. Tak tu motivaci člověk ztrácí, že jo. Když je na těch drogách. A než se mu ten mozek zase trošku spraví a než se to dá do pořádku, tak to nebude trvat týden, ani dva. Myslím si, že to je na roky. Ale problém je, že my tu motivaci potřebujeme teď. Teď potřebuje tu školu, teď potřebuje na tu střední, teď potřebuje nějakýho koníčka, aby do toho nespád. Nemůžeme čekat dva, tři roky, než se mu to srovná. Teď ho musím opravdu nutit,

nějakým způsobem ho tam opravdu dotlačit, aby nespád do toho a aby měl nějakou školu, nějakou tu budoucnost. A to je to těžký, co s ním právě zažívám.

T: Kdo je podle Vás zodpovědný za úzdravu Milana?

R: Tak hlavně on. To není Vaše chyba. Já taky zkoušela všechno. Ale když nechce, tak s ním nikdo nic neudělá.

T: Vnímáte, že pro Vás oba má docházka sem smysl?

R: Určitě. Hodně ste nám pomohli. A jak říkám...Tak hodně ten psycholog. Protože to bylo takový jakoby hodně drsný. Buď přestaneš, nebo z tebe bude blázen.

Respondent č. 6

T: Co pro Vás znamená spolupráce s touhle ambulancí?

R: No otázka – v jakym slova smyslu? Ve směř si to vlastně syn vymyslel sám, že by on rád sem docházel. On si uvědomil, že potřebuje tu pomoc. A já už sem ho v tom jenom podpořila. Já jsem sem došla, tady sme rozebrali situaci, pak sem chodil on sám. Já sem mluvila s panem doktorem. Jakoby tím, že s klukem spolu komunikovali doma a neměli sme problém, že by vyloženě něco bylo tabu, tak sem nepotřebovala sem docházet, protože vesměs on mi dával informace o tom, co se tady děje. A teď sem tady vlastně podruhé, takže... Já samozřejmě sem ráda za to, že to funguje. Pro mě je totiž úleva to, že když bych mu já nedokázala pomoc, tak je tady ještě někdo další, kdo má zkušenosti a kdo může předat další zkušenosti. V tomhle tom sem ráda, že existuje celá organizace jako taková. Zaplat' pán Bůh za ní. Oceňuju veškerý přístup, oceňuju tu anonymitu, která tady vzniká a mě se to hrozně líbí. Neříkám jako : „Jupí!“ Na jednu stranu je to potřeba, ale na druhou stranu fakt sem ráda za to, že jsou takový lidi, který jsou ochotný s takovýma syčákama spolupracovat. Takže asi tak. Jsou tady kompetentnější osoby. Tady jsou lidi, co už něco viděli, něco zažili, mají zkušenosti, léta praxe, fundování, zkušenosti. Takže pro mě je to velký plus. Pro mě je to neznámá. Pro mě jako pro rodiče je to šok. Takže v první řadě neudělat něco špatně, abych mu ještě nepřihoršila, když mu chci pomoc. Vlastnímu dítěti. Takže velmi pozitivně to tu hodnotím. To jako jo.

T: Tím, že jste tu s Adamem, tak vidím, že jste si vybrala společnou spolupráci. A říkala jste , že jste tu podruhé. Vybrala jste si ještě rodičovskou skupinu nebo individuální terapii?

R: No, já sem se tomuhle všemu vyhla díky tomu, že my sme na tom tak trošičku jinak. My... spolu víc mluvíme. Jakože já s klukem. A my jak sme dostali ten papír s úkolama, aby mezi náma byla nějaká ta důvěra a nějaký vztah. To my sme dělali. Ten čas spolu trávíme. U jídla se sejdeme, pokecáme si. I to byl vlastně ten důvod proč on za mnou přišel s tím: „Mami, já mám problém, potřebuju něco dělat.“ Takže my sme do toho skočili... A teď už je to na něm.

T: Máte tedy pocit, že máte dostatečnou kapacitu zvládnout to spolu?

R: Protože tam jsou rodiče, který říkají: „Zkusili jsme tohle a tamto...“ Ale já už to dělám. Pro mě žádný nový přínos. Jak jsem se bavila s Věrkou – ona říkala, že my jsme takový jiný. Že jsou tu rodiče, který sem přinesou dítě a: „Opravte mi ho. Za měsíc mi ho spravte, já si ho pak vyzvednu.“ Tak my to tak nemáme. Já sem neměla potřebu vyloženě.. Já sem nechtěla se nechat zdeptat těma rodičema, kteří jsou na tom třeba hůř, nebo nemaj vyloženě pocit, jakože je ta vina na jejich straně, žejo. Takže já sem to spíš optimisticky obešla (smích) My prostě jedeme naše potřeby. Kdyby nááááhodou, tak mám na Věrku spojení a vím, že se můžu ozvat. Je dobrý vědět, že kdybych něco nevěděla, nebyla si jistá, tak můžu kdykoliv zavolat, poslat jí email, což je super. Je super, že mě nikdo neodmítne. To je pro mě důležitý. Ale tím, že je to teď o dost lepší, tak není ta potřeba.

T: Jak by měla vypadat ideální spolupráce?

R: Pane Bože! Hlavně nic neměňte! (smích) Takhle je to výborný, takhle ej to úžasný.. Nevim... Mě se hlavně líbí, že kdykoliv, když sem přijdu, tak se tady na mě nikdo nemračí a neháže na mě takový ty pohledy – joook, dlaší, no...Další matka, co zklamala. Nebo rodičové. Jasný, další sígr. Usměvaví, vstřícní, ochotní, hrozně milí a samozřejmě v nesposlední řadě si myslím, že opravdu... i dosti zkušený. Ta empatie tady se mi strašně líbí. Nechci nic měnit, mě to takhle vyhovuje.

T: Setkala jste se t někdy s nějakou situací, která by Vám pobyt tady znepríjemnila?

R: Ne. Naopak si myslím, že kdybych chtěla něco řešit, tak bych se sem i těšila jít něco řešit.

T: Jak jste spokojená s umístěním ambulance?

R: Nooo. (smích) To už je trochu horší. Vzhledem k tomu, že se nedá až tak dobře někde okolo zaparkovat. Což je asi nejhorší. Na jednu stranu je fajn... Protože tady na té cestě potkávám jiný lidi, takže pro ně je možná lepší, že to není na veřejnym místě. Ale já si myslím, že kvůli pár návštěvám.... Jako dá se to. Vždycky sem nějak dojdu.

Tak zas na jednu stranu jsme v centru, že jo. A ono i když sem posledně nechala auto ve fóru a šli sme sem pěšky, venku bylo 35 stupňů, tak sem měla pocit, že sme vylezli z bazénu, než sme vylezli do prvního patra. Ale budiž. Zvládli sme to.

T: Jak jste spokojená s otevírací dobou?

R: Ta si myslím, že taky vyhovující. Vzhledem k tomu, že Kryštof studuje, takže ten odpoledne čas má. Do večera si myslím, že to není potřeba. To zas jako...sem radši, když už je doma. Na tý domluvě toho času... Když to není pravidelně a nemusím vyloženě třikrát, čtyřikrát týdně, tak to mě vyhovuje, tak jak to je. Dá se to. Vždycky se to dá nák domluvit.

T: Vnímáte, že má pro Vás docházka sem nějaký smysl?

R: No posun jako takový (ticho) Já bych řekla, že jo. Protože on sám . Tím, že on sám si to zvolil a musí sem chodit, aby vlastně nevěšel bulíky na nos. A... Jo. Vidím. Protože to je právě to, co sem říkala. Tím že přišel on za mnou a řekl mami mám problém, tak ale má zase někoho dalšího, komu řekne mnohem víc, než mě. A tím, že to tady řeší na tom sezení, tak... Jemu se uleví. Určitě. A jemu to pomůže. A dostane právě nějakou tu fundovanou radu. Ten posun tam je určitě k lepšímu. To je důležitý zdůraznit. (smích)

T: Kde si myslíte, že leží zodpovědnost za úzdravu Vašeho syna?

R: Ve větší části je to na Adamovi, samozřejmě. Protože, buďme upřímní. Kdyby sem chodit nechtěl, tak sem chodit nebude a nic ho nezastaví. Podstatný je, že on si to uvědomil. No a pak už vlastně to, že tady ho nikdo neodmítnul a všichni sou ochotný mu pomoc. Nikdo mu neháze klacky pod nohy. Jak sem říkala , když sem vejdete, lidi se na Vás usmívají a Vy chcete si nechat od ni ch pomoc. Ale z větší části zodpovědnost jako taková na něm. My jsme tady od toho, abychom mu ukázali správný směr. to, co je správný, co je dobrý a zbytek je na něm. Já sem nečekala zázraky. Já sem byla jenom ráda za to, že se ho tady někdo ujme s těma zkušenostma v té oblasti. To je podstatný, že jo.

T: Jak rozumíte tomu, že máte do ambulance docházet?

R: No, tak jak sem říkala. Dostanu radu od odborníků, kteří dokážou s touhle problematikou perfektně pracovat.

T: Máte nějaké osobní důvody bránící spolupráci?

R: Jedině hlídání. Protože Natálka je maličká a je s ní všechno náročnější... Ale to se dá nějak zvládnout.

T: Máte pocit, že má Vaše docházka dopad na profit Adama z léčby?

R: Myslím, že Adamovi to určitě pomáhá. Ale co se týče našeho vztahu, ten jsme měli dobrej vždycky.

Respondent č. 7

T: Co pro Vás znamená spolupráce s touhle ambulancí?

R: No tak asi to nejlepší, co sem se za celou dobu setkala. S paní kurátorkou, ani s dětským domovem sem teda určitě spokojená nebyla. Hlavně ta Monika... No, pomohlo to prostě ze všech stran. Monika se dostala do těch Řevnic... Nevim. S paní kurátorkou sem spokojená nebyla. Já sem nejspokojenější tady. Dá se říct...Sem ráda tady za to. Tady sem našla řešení. Já si myslím, že tady se tomu doopravdy věnujete. Tak, jak to má bejt a ne, že se tady o tom jenom mluví a jakoby. To je pravda celou dobu. To, že ste tu s Monikou řešili každej problém, kterej měla. Že to nebylo řešený vyhrožováním, ústavama, pastákama a tak Monikou tady měla... I já. Že se tady mohla doopravdy svěřit a nepředstírat ty věci tak, jak tady nejsou. Tam se to řešilo tak, že buď to byla moje špatná výchova, nebo se to odsuzovalo. A nevyslechli mě ani Moniku. Nebo já nevim, jak to pořádně podat.

T: Jakou formu spolupráce jste si vybrala? Připomenu, že to byla rodičovská skupina nebo individuální sezení s paní psycholožkou a společné sezení s Monikou.

R: Jo jo. S vaší kolegyní, co tu byla před tím.

T: Jak rozumíte tomu, že ste sem na ty společný sezení taky musela chodit?

R: No, sem ráda, že sme si to mohly říct pohromadě a Monika neměla kam utýct. Protože to vypadalo, že já na ní donášim po telefonu, já na ní píšu různý informace a pak to tak není, že jo. Takže Monika, když mi tady lhala do očí přede všema, nebo před kolegyní, tak se nakonec došlo k závěru, že tu pravdu sem měla já. A že to tak doopravdy je.

T: Jak by podle Vás měla vypadat nějaká ideální spolupráce s touhle ambulancí?

R: Asi ne..ne. Mě to přijde jakoby v pohodě. Žádný tajnosti z vaší strany, naší strany... Nevim, mě to přišlo takový... Asi bych nic neměnila.

T: Jak jste spokojená s umístěním ambulance?

R: No..jako v pohodě. Spíš bych řekla, že tady o tom málokdo ví.. Jenom narkomani, bych řekla. Ale zase je to asi lepší pro to soukromí těch lidí. Pro mě je to vlastně taky lepší. Protože kdyby mě tady viděli třeba lidi z práce, tak si to taky přeberou jinak.

T: Jak jste spokojená s otevírací dobou?

R: V pohodě.

T: Jak hodnotíte komunikaci s pracovníky ve zdejší ambulanci?

R: Naprosto v pohodě.

T: Zažila jste nějakou situaci, která by Vám pobyt tady znepříjemnila?

R: Možná na začátku. Protože Monika nechtěla podepsat... No prostě. Já sem jí sem dovedla, nebylo jí ještě 18 a nechtěly se mi říkat výsledky testů. Jestli si dala, nebo nedala si. To byl jedinej problém. Ale pak to Monika podepsala jakože... V pohodě, no. Ze začátku, dá se říct, se mi nelíbila spolupráce tý vaší kolegyně. Protože když sem řekla, že Monika je skutečně nafetovaná, tak prostě... Já nevím, jak jí kontrolovali, ale vyšli jí negativní výsledky. A mě se doma ještě sama vytahovala, jak to jde krásně oblbnout. A když sem to potom řekla....Tak ne, jo. Ale беру, že to je ta těžká spolupráce s tou Monikou.

T: Máte nějaké osobní důvody bránící spolupráci?

R: Kdybych neměla to nejmenší (pozn. dítě), tak ne. A před tím sem furt honila práci. Takže to bylo takový, že sem spíš zanedbávala. Je to potom náročnější. A do toho Monika a to její chování. No prostě...Vymezit si ten čas přímo. Protože ta Monika stejně nespolupracovala v té době, dá se říct.

T: Vnímáte, že má pro Vás a Moniku docházka k nám smysl?

R: Určitě. Kdyby nebylo Vás, tak do toho azyláku ani neodejde. Protože tam bylo takový... Jakoby ne, že byste jí do toho tlačili, to asi ne. Ale když sem to řekla já, tak to neexistovalo, když to řekla paní kurátorka, to samý. Ale tady to bylo takový to jakože přátelský. To nebylo – hele, musíš tam jít, nebo přijdeš o kluka. Všechno se jí vysvětlilo, se všim měla...To bylo pro ní dobrý, no. Že když udělala tolik průserů, že ste jí to jakoby – ne odpustili, ale neodsoudili. To pomohlo právě. Že to bylo v pohodě. Sem za to vděčná, že sem chodila. Ze začátku sem si říkala: „Ježíšmarjá.“ (smích) Dobrý bylo, že to nebylo jako u paní kurátorky, že bych hned měla problém. Že se to bralo ze strany, že já to zanedbávám. Ale to fakt jinak nešlo. Já sem jí chtěla pomoc, ale vždycky odsoudili mě. To mi vadilo právě. Prostě nešlo to. A Monika vážně když si postaví hlavu, tak to prostě nepůjde. slíbí hory, doly...No ne. Vždyť ani na tu gyndu nebyla schopná dojít včas.

T: Kdo je podle Vás zodpovědný za to vyléčení Moniky?

R: Já bych řekla, že vy... Ne. Spíš z obou dvou stran. Já vim, že bez vás by do toho azyláku nenastoupila. Ani ty Řevnice by nenavštívila předtím. Chyba ale byla, že se jí stáhlo to předběžko. Kdyby se to nestáhlo, tak by to bylo do teďka, aspoň podle mě, v pohodě. Protože věděla, že tam musí za tím Lubošem a z něho měla respekt a s ním si rozuměla. To bylo přesně taky to kamarádství. V dětském domově, tam jí taky všechno vycházelo. Vždyť začla fetovat tam.

T: Máte pocit, že má Vaše docházka dopad na profit z léčby Vašeho dítěte?

R: To určitě. Tady sme si s Monikou vždycky vyříkali špatný názory, pak to stejně většinou dopadlo blbě. (smích) Ale bylo to v pohodě. Bylo to takový rodinný, no. Tady to šlo líp, než když sme byli třeba u paní psycholožky s Monikou. Tady sem to brala, jakože to je v pohodě.